

Forum medicatie en werk

VAD-sector arbeid

25 maart 1997



Gustave Schildknechtstraat 9
1020 Brussel
Tel. 02/422.49.69
Fax 02/422.49.79

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

Het gebruik en misbruik van medicatie op de arbeidsplaats is een onderwerp dat weinig in de belangstelling staat. Nochtans krijgt de VAD hierover regelmatig signalen vanuit de bedrijfswereld. Ook op het evaluatiecongres *'Een terugblik 1985-2005 een vooruitblik : de aanpak van alcohol en andere drugs op het werk'* van de VAD-sector arbeid van maart 1995 bleek dat medicatie en werk beschouwd wordt als een onderschat maar reëel probleem.

De VAD-sector arbeid, die zich - in nauwe samenwerking met diverse organisaties - sinds 1986 specifiek bezighoudt met de middelenproblematiek in bedrijven, wenste dit thema verder uit te spitten. Daarom organiseerden wij op *dinsdag 25 maart 1997* een eerste initiatief, **het forum medicatie en werk.**

Belangrijkste doelstelling was een beeld te krijgen van de medicatiethematiek op het werk. We deden hiervoor beroep op *gastsprekers* die het thema vanuit verschillende disciplines belichtten. Nadien volgde een discussie vertrekkend vanuit de ervaringen van de deelnemers die ten persoonlijke titel waren uitgenodigd : onder hen veiligheidschefs, bedrijfartsen, medewerkers personeelsdiensten, preventiewerkers en hulpverleners.

Een verslag van het Forum vindt u in deze bundel. Ook werden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen opgenomen. Hieruit blijkt dat er nog heel wat taken weggelegd zijn voor VAD en dat dit forum een start is geweest voor verdere activiteiten inzake medicatie en werk.

Brussel, mei 1997

Marie-Claire Lambrechts
coördinator VAD-sector arbeid

ACHTERGRONDEN BIJ HET GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN

Kris SOENEN - Project Farmaca Ledeberg

1. Achtergronden

1.1 Gezondheid als algemeen aanvaarde norm.

Wie gezond is valt niet op, moet zich niet verantwoorden.

- Gezondheid = evident; méér dan afwezigheid van ziekte; zo vanzelfsprekend dat we er nauwelijks bij stil staan.
- Gezondheid als belangrijke waarde : in het dagelijkse leven vragen we : "hoe is het met de gezondheid?"; met nieuwjaar wensen we iedereen een goede gezondheid toe; hoe vaak zeggen we : "als ge maar gezond zijt.."
- Gezond zijn is een cultuurideaal dat op verschillende manieren gepromoot wordt, o.m. door de media.
- Gezondheid als belangrijke waarde komt vaak niet overeen met het gezondheidsgedrag; wie gezond zijn belangrijk vindt, gaat daarom niet gezonder leven. Roken, voeding, beweging, langdurig geneesmiddelengebruik : iedereen kent allicht de adviezen. Daarom worden ze nog niet toegepast. Gezondheid wordt slechts belangrijk als men het zelf aan de lijve ondervindt, als de eigen gezondheid in gevaar komt.

De verwachtingen t.a.v. de medisch-technologische vooruitgang groeien steeds verder : we hebben het gevoel dat de mogelijkheden om de gezondheid te behouden enorm stijgen.
Illustratie : Voordelen van griepvaccin : voorkomen van griep, daling van verwikkelingen van griep, dalen van medische kosten, vermindering hospitalisatie, vermindering werkverzuim.
Verwachtingen op gezondheidsvlak en op financieel vlak ten aanzien van medische zorg zijn zeer groot.
De media spelen hier vaak op een sensationele wijze op in.

Heel wat oorspronkelijk niet-medische problemen of omstandigheden worden herleid tot een medisch probleem of worden gedefinieerd als medisch probleem *(medicalisering)* : sociale omstandigheden worden soms herleid tot medische problemen; veel periodes van het leven (van de zwangerschap tot en met sterven) worden ingenomen door de medische wetenschap.

Op deze manier behoudt men minder verantwoordelijkheid over de eigen gezondheid en ontstaat een groter gevoel van machteloosheid en ontevredenheid. Dit doet op zijn beurt het geloof in middelen sterk toenemen (cfr. populariteit van vermageringsmiddelen, pijnstillers, ...).

1.2 Omgaan met gezondheidsklachten.

Omgaan met gezondheidsklachten is onderhandelen met de omgeving.
Mogelijke doelstellingen vanuit de patiënt bij deze onderhandeling kunnen zijn :

- herwinnen van gezondheid;
- voorkomen van ziekte;
- verminderen van onzekerheden - geruststelling;
- ziekteverzuim wettigen.

Naargelang financiële, sociale, familiale, relationele, arbeidsomstandigheden kijkt elke patiënt anders aan tegen deze onderhandelingen. Bv. een leraar die ziek wordt ervaart dit anders dan een bakker die ziek wordt. Ziek worden vóór een vakantiereis is anders dan ziek worden tijdens het werk; een scholier meldt zijn ziek-zijn anders aan zijn moeder dan aan zijn schoolvrienden; iemand die werkonzeker is zal zich minder snel ziek melden, ...

Gezondheid en ziekte zijn dus geen vrijblijvende dingen in het dagelijks leven.

1.3 Communicatie tussen hulpverlener en hulpvrager.

Als patiënt stapt men nooit blanco naar een arts of apotheker.
Naargelang de doelstelling van de patiënt zal de communicatie anders verlopen :

- de patiënt zal zijn klachten anders presenteren : bv. vage klachten melden of een vast omlijnd beeld geven van wat men denkt

- anders aankijken tegen een behandeling of tegen een onderzoek of tegen een voorschrift. Hij/zij kan de keuze laten aan de arts of kan zelf vragende of eisende partij zijn.

1.4 Lekencultuur en professionele cultuur.

a. *Lekencultuur* :
is alle bagage die een patiënt meedraagt.
Ziek zijn = hoe men als patiënt deze ziekte ervaart, m.a.w. wat de weerslag is op het dagelijks functioneren.

b. *Professionele cultuur* :
hoe hulpverleners (met scholing in de medische wetenschappen) aankijken tegen ziekte.
Ziekte is hier eerder een medische stoornis die opgelost dient te worden.

Hulpverleners staan niet blanco tegenover een patiënt.

- zij hebben een "beeld" van de patiënt :
  hulpverleners hebben vaak een beeld van de patiënt als iemand die snel met zijn/haar klachten naar een arts stapt; die vrij vlug naar een specialist stapt; die snel naar een andere arts stapt bij ongenoegen; die vaak een behandeling vraagt voor aandoeningen die geen klachten geven.

- zij hebben bepaalde attitudes :

  → hulpverleners kunnen zelfzeker zijn : meer risico's nemen en dus minder snel voorschrijven;
  → kunnen zich laten leiden door verwachtingen van de patiënt;
  → kunnen zich onzeker voelen : geen risico's nemen en dus sneller voorschrijven;
  → er is een grote variatie in aantallen en soorten voorschriften tussen artsen, zonder dat hiervoor onmiddellijk een medische verklaring is;
  → bevinden zich in een concurrentiële positie;
  → worden voor hun medische informatie benaderd door commerciële bronnen.

Er bestaat niet zoiets als een rechtlijnig model : voor dezelfde klacht krijgt men steeds in alle omstandigheden dezelfde behandeling.

Tussen lekencultuur en professionele cultuur bestaan heel wat tegenstellingen. Artsen hanteren een wetenschappelijk medisch model. Voor hen is ziekte een verschijnsel dat meetbaar is. Voor een patiënt is ziekte een belemmering in zijn dagelijks functioneren.

De afwegingen die patiënten maken zijn vaak anders dan de afwegingen die professionelen maken. Eigen ervaringen, opvattingen, eigen kring en eigen belangen spelen bij de patiënt een grote rol.

Het probleem van therapie-trouw houdt hiermee verband. Therapie-trouw wordt klassiek omschreven als "de mate waarin het gebruik van een geneesmiddel overeenkomt met het voorschrift van de arts of van de apotheker". Het uitgangspunt van therapie-trouw is dus : de hulpverlener. Bij dit klassieke uitgangspunt wordt de eigen wereld en de eigen rationaliteit van de patiënt grotendeels genegeerd.

1.5 Medische behandeling als de resultante van verschillende elementen.

Enkele voorbeelden :

a. Invloed van het **geslacht** op de medische consumptie

- vrouwen stellen meer vragen, vragen vaker om voorlichting bij een arts, maken zich bezorgder om hun eigen gezondheid en de gezondheid van het gezin.
  Aandacht voor stereotypering van vrouwen als zijnde "meer ziek" : vrouwen nemen op een andere manier hun klachten waar en presenteren deze ook anders. Dit kan de arts beïnvloeden in het kiezen van een behandeling.

- maatschappelijke positie van vrouwen : binnen of buiten arbeidscircuit/ hebben van meervoudige taken.

- vrouwen zijn een belangrijke schakel in de medische consumptie : ze beslissen vaak voor hun gezinsleden en voorzien de gezinsleden meestal ook van medicatie.

b. **Ouderen** : meer kans op medische consumptie : vragen en krijgen minder voorlichting (cfr. hun opleiding en opvoeding); hebben meer kans op meerdere lichamelijke klachten.

c. **Sociale betekenis van het geneesmiddel** : een geneesmiddel kan de betekenis aannemen van hulpverlening : iets doen voor iemand; opvullen van eenzaamheid of isolement; mensen in staat stellen om verder te functioneren in de positie die ze hebben of juist niet hebben.

d. **Culturele betekenis** : binnen een gemeenschap met eenzelfde structuur van gezondheidszorg kunnen nog culturele verschillen opduiken (bv. het verschil tussen Vlaamse en Waalse jongeren in het omgaan met pijnstillers); verschillen op Europees vlak i.v.m. antibioticagebruik.

e. **De verwachtingen** t.a.v. een voorschrift. Dit moet niet noodzakelijk geïnterpreteerd worden als: "voor iedere kwaal wil men een voorschrift". We moeten rekening houden met het feit dat veel patiënten vooraleer naar een arts te gaan, reeds zelf probeerden hun klacht te normaliseren.

f. **Eigen rationaliteit van gebruiker** : iedere patiënt heeft een eigen rationaliteit die vaak ver buiten de medische context ligt.

Voorbeeld : Gebruik van geneesmiddelen kan te maken hebben met de visie en de verwachtingen t.a.v. de werkpositie. Wie zijn positie wil behouden, zal bij klachten vaker voortdurend preventief geneesmiddelen gebruiken. Wanneer de arbeidspositie als minder belangrijk wordt ervaren, is het mogelijk dat men slechts geneesmiddelen gebruikt wanneer men echt de klachten voelt. Dit gebruik speelt zich grotendeels af buiten de medische context.

2. Omzet geneesmiddelen in België

Deze is gedurende de laatste 40 jaar verviervoudigd : van ± 70 miljoen verpakkingen in 1952 tot ± 285 miljoen verpakkingen in 1995.

In 1995 zijn de 15 meest verkochte geneesmiddelen :

Perdolan	4.280.000 verpakkingen
Aspirine Bayer	2.203.000 verpakkingen
Dafalgan	2.000.000 verpakkingen
Temesta	1.860.000 verpakkingen
Augmentin	1.850.000 verpakkingen
Motilium	1.810.000 verpakkingen
Aspro	1.540.000 verpakkingen
Sedergine	1.530.000 verpakkingen
Actifed	1.485.000 verpakkingen
Lexotan	1.422.000 verpakkingen
Lysomucil	1.378.000 verpakkingen
Nurofen	1.376.000 verpakkingen
Clamoxyl	1.348.000 verpakkingen
Aspegic	1.287.000 verpakkingen
Lipanthyl	1.280.000 verpakkingen

7 *pijnstillers* zijn goed voor ± 14 miljoen verpakkingen (deze zijn niet op voorschrift).
2 *slaap en kalmeermiddelen* zijn goed voor ± 3 miljoen verpakkingen .

De *antidepressiva* nemen een grote vlucht :

1986 : 1.830.000 verp.
1990 : 2.370.000 verp.
1995 : 4.277.600 verp.

Voorbeeld : van het antidepressivum Prozac® werden in 1994 ± 948.300 verpakkingen verkocht; in 1995 ± 1.209.500 verp. (het geneesmiddel staat op de 16de plaats in de lijst van meest verkochte geneesmiddelen in België).

3. Profiel van de gebruiker

- Weinig maatschappelijke draagkracht : in sociaal isolement; in een sociaal economisch zwakkere positie; in familiaal zwakkere positie.

- Verantwoordelijkheid buiten zichzelf : afhankelijke opstelling t.a.v. gezond heidszorg en -voorzieningen.

- Hogere leeftijd

4. Enkele aspecten van het geneesmiddelengebruik

Informatieverwerving

- Er bestaat zoiets als asymmetrische informatie : d.w.z. de toegang tot medische informatie is niet voor iedereen gelijk.
  Cfr. een Zwitsers onderzoek waarbij courante chirurgische ingrepen bij gewone gezinnen meer dan 30 % hoger ligt dan bij artsgezinnen. In artsgezinnen is de controle op de noodzaak van een ingreep groter.

- Onvoldoende doorstroming van informatie : van medische wetenschap naar verstrekkers → van verstrekkers naar de patiënt.
  Illustratie : voorschrijven van benzodiazepines en de wetenschap over afhankelijkheid.
  In België stijgt het voorschrijven en het gebruik van benzodiazepines tot in 1993. Terwijl reeds in 1961 wetenschappelijke publicaties verschenen over ernstige ontwenningsverschijnselen bij het stoppen met Librium®. In 1993 verschijnen vanwege de overheid duidelijke richtlijnen voor de huisartsen in verband met het langdurig voorschrijven van slaap- en kalmeermiddelen. Dit op een ogenblik dat ongeveer 1 op 10 volwassenen reeds dagelijks sedert gemiddeld 9 jaar een slaap- en kalmeermiddel voorgeschreven krijgt en gebruikt.

Economische belangen

- Het aanbod aan geneesmiddelen is groot : nl. een paar duizend actieve stoffen. Meerdere dezelfde stoffen worden onder andere merknamen gecommercialiseerd. Dit kan zowel bij verstrekkers als bij patiënten tot verwarring en ondoorzichtigheid leiden.

  De Wereldgezondheidsorganisatie verkondigt reeds lang dat enkele honderden stoffen volstaan om de meest courante aandoeningen te behandelen.

- Veel nieuwe geneesmiddelen brengen weinig echte vernieuwing.

- Promotie via artsenvertegenwoordigers : is een zeer efficiënt systeem waaraan ± 10 tot 15 % van het budget besteed wordt (in België : ± 3.500 artsenvertegenwoordigers; ter vergelijking in Nederland : 900).

- Er is weinig aandacht voor generieke geneesmiddelen. Het aandeel in België omvat 0,8 % (ter vergelijking : in Duitsland : ± 30 % van de verkoop; in Nederland : ± 25 %).

Structuur van de gezondheidszorg

- Weinig aandacht voor uitbouw van de eerste lijn; onmiddellijke toegang tot specialisten, ...

- Prestatiegebo nden geneeskunde; betaling van voorschrijvers per prestatie; betaling van vaste vergoeding op verkoopprijs van geneesmiddelen aan apothekers,...

Gebrek aan elementaire scholing voor gebruikers

- Elementaire kennis over gezondheidsklachten ontbreekt vaak (bv. omgaan met griep en verkoudheid; met slaapproblemen, met stress, pijn, ...)
  Elementaire kennis over en vaardigheden in het zoeken van niet-medicamenteuze behandeling ontbreekt vaak.

- Elementaire kennis over medicamenteuze behandeling ontbreekt vaak (vb. langdurig benzodiazepinegebruikers weten evenveel/weinig over werking en bijwerkingen van hun geneesmiddel als niet-gebruikers).

De norm t.a.v. geneesmiddelen

In tegenstelling tot alcohol en drugs wordt misbruik van geneesmiddelen niet als een maatschappelijk probleem gezien.
Illustratie : verslaving aan benzodiazepines wordt enkel als medisch probleem bestempeld. Medische behandelaars worden in dit geval verantwoordelijk gesteld voor het voorkomen van afhankelijkheid en voor het behandelen van de afhankelijkheid.

Bepaalde groepen geneesmiddelen worden sociaal aanvaard als probleemoplossers, vaak bij gebrek aan alternatieven.

5. Wat verstaan we onder "onoordeelkundig gebruik"

Meest voorkomend :

- Te lang
- Te hoge dosering
- Dubbel gebruik
- Combinatie van strijdige geneesmiddelen
- Oneigenlijk gebruik
- Opsparen
- Zelf keuze maken : naargelang noodzaak, naargelang prijs, ...

→ niet bekijken vanuit medische context; maar vanuit context van de gebruiker

Er is geen traditie van voortdurende evaluatie van geneesmiddelengebruik - van vragen over gelijktijdig gebruik van andere middelen - van melden van ander middelengebruik.

6. Besluit

Medische consumptie is een resultante van verscheidene elementen. Verantwoord gebruik van geneesmiddelen zal in de eerste plaats moeten rekening houden met de achtergronden en motieven van gebruikers.
Het gaat hier niet alleen om de juiste keuze van een geneesmiddel en een juist gebruik.
Communicatie tussen verschillende partijen dient de afstand in opvattingen en belangen te overbruggen.

GENEESMIDDELENGEBRUIK IN HET ARBEIDSMILIEU

Dr. Bert CURVERS - IDEWE

Inleiding

Na de aandacht voor de negatieve effecten van alcohol en drugs, zowel in het verkeer als op het werk, is er de laatste jaren stilaan ook interesse gegroeid naar de mogelijke effecten van het geneesmiddelengebruik op het prestatievermogen van de " gezonde " mens.

Aanvankelijk beperkten de studies zich ook voornamelijk tot de effecten van medicatie op het rijvermogen, maar recent gaat er ook meer en meer aandacht naar mogelijke negatieve effecten op het werk.

Het onderzoek naar deze effecten is moeilijk en nog verre van volledig :

- Een deel van de moeilijkheden zijn het gevolg van het ontbreken van gegevens over middelen die een effect hebben op het reactie- en waarnemingsvermogen. Niet alle effecten en bijwerkingen van alle geneesmiddelen zijn bekend.

- Verder is het zo dat bij therapeutische dosissen de meeste personen weinig of geen van de bekende bijwerkingen vertonen. Deze effecten hangen dan ook af van de dosis, van de individuele tolerantie en van het middel zelf.

- Ook schenken de gebruikers vaak geen aandacht aan lichte bijwerkingen of worden deze geminimaliseerd indien ze zich voordoen.

- Vaak zijn de bijwerkingen ook niet-specifiek. Vermoeidheid kan het gevolg zijn van slaaptekort maar ook van bv. antihistaminicagebruik.

Nochtans blijft het duidelijk dat de veiligheid soms in het gedrang kan komen. Dit in tal van beroepen : chauffeurs, bandwerkers, controlekamers, verzorgingssector en noem maar op.

Vandaar dat ook dit onderwerp onze aandacht verdient.

1. Effecten van geneesmiddelengebruik op het functioneren.

1.a Algemene gegevens.

In deze bespreking gaat de aandacht vooral uit naar de ongewenste effecten van medicatie, naar de zogenaamde bijwerkingen.

Globaal kunnen we de bijwerkingen samenvatten als effecten welke het reactie- en het waarnemingsvermogen beïnvloeden.
Het betreft hier vooral volgende effecten :

- slaperigheid, sufheid, verminderde oplettendheid
- gezichtsstoornissen : onscherp zien
- afnemend vermogen op zelfkritiek, waardoor een toename van risico's
- duizeligheid en flauwtes bij opstaan en inspanningen
- verminderde controle over arm- en beenspieren
- vermoeidheid

Ook dienen we rekening te houden met tal van beïnvloedende factoren welke een rol spelen in het medicatiegebruik en zijn effecten. Belangrijkste factoren hier zijn :

- leeftijd en geslacht
- onderliggende ziekte : keuze tussen ziekte of behandeling
- lichaamsgewicht en dosis
- therapietrouw
- zelfmedicatie
- begin en einde van een behandeling
- combinaties met andere geneesmiddelen en/of alcohol
- arbeidsomstandigheden: stress, ploeg, sociale druk....

We mogen ook niet vergeten dat het testen van medicatie op bijwerkingen meestal gebeurt bij jonge gezonde volwassenen. En dit is niet steeds de populatie die wij op de werkvloer tegenkomen.

1.b Overzicht van de verschillende farmacologische groepen.

1.b.1 Geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel.

Wanneer we spreken over rijgevaarlijke medicatie en over reactie beïnvloedende geneesmiddelen denken we in de eerste plaats aan deze groep van veelvuldig gebruikte producten. België is na Frankrijk het land waar het meest kalmeer-middelen verkocht worden. Per duizend inwoners worden er in Belgie per dag ongeveer 104 galenische eenheden ingenomen (Frankrijk 140). In de top tien van meest verkochte specialiteiten staat *Temesta* op de 4e plaats en *Lexotan* op de tiende. Samen zijn beiden goed voor 3,5 miljoen verkochte verpakkingen in 1994.

• De groep van de hypnotica, sedativa en anxiolytica zijn ruim bekend. Hiertoe behoren de benzodiazepines, met als doel slaap, rust en kalmte te brengen. Bijwerkingen (o.a. slaperigheid, verwardheid en suf zijn) kunnen optreden bij intoxicatie, bij combinaties maar ook bij derving. Zelfs paradoxale reacties zijn beschreven. Dit wil zeggen het optreden van angst en agressie door het gebruik zelf.

• Bij de neuroleptica (antipsychotica) kunnen sedatie, motorische stoornissen en bloeddrukdaling optreden.

• Gelijkaardige bijwerkingen zijn beschreven bij antidepressiva. Tevens kunnen ritmestoornissen en convulsies optreden. Stoppen met antidepressiva kan dervingsverschijnselen uitlokken o.a. beven en duizeligheid.

• Amfetamines (eetlustremmers) zijn dan weer bekend om hun exciterend effect met hartkloppingen, karakterstoornissen en slapeloosheid.

• Geneesmiddelen tegen Parkinson kunnen visusstoornissen veroorzaken en agitatie (anitcholinergica). Ook hypotensie, slapeloosheid en hallucinaties kunnen voorkomen (dopamine - agonisten).

• Anti-epileptica kunnen dan weer evenwichtstoornissen en een dronken gevoel veroorzaken naast sedatie en dubbelzien.

1.b.2 Geneesmiddelen voor hart en bloedvaten.

Ook hier dienen we aandacht te hebben voor de onderliggende aandoening. Een aantal gebruikte geneesmiddelen kunnen echter ook belangrijke nevenwerkingen hebben. Aandacht bij voorschrift en gebruik is steeds aangewezen.

• Anti - angormiddelen : bij het gebruik van nitraten kan bij hogere dosissen een bloeddrukval en syncope optreden.

• De geneesmiddelen tegen ritmestoornissen kunnen een gelijkaardig effect veroorzaken. Tevens kunnen ze aanleiding geven tot een verminderde hartwerking en in zeldzame gevallen veroorzaken ze zelf ritmestoornissen.

• Medicatie tegen hoge bloeddruk kan zelf een bloeddrukval veroorzaken. Ook sedatie is mogelijk. Meeste effecten vooral in het begin van een behandeling.

1.b.3 Medicatie bij allergische aandoeningen.

Hier vallen de zogenaamde antihistaminica onder.
Bijwerkingen zijn vooral sedatie, vooral bij de oudere producten.
Ook ritmestoornissen en anticholinerge effecten met visusstoornissen kunnen voorkomen bij sommige preparaten. Steeds oppassen met combinaties met alcohol.

1.b.4 Geneesmiddelen in verband met het maagdarmstelsel.

Opvallende nevenverschijnselen in deze groep zijn weerom slaperigheid, sedatie en visusstoornissen door het gebruik van antihistaminica en codeïne in verschillende van deze geneesmiddelen.

1.b.5 Geneesmiddelen voor de ademhaling.

Aandacht gaat hier voornamelijk naar de hoestwerende medicatie. Sedatie en duizeligheid zijn frequent vermelde bijwerkingen. Ook zijn er verschillende combinatiepreparaten op de markt welke antihistaminica (sedatie) en anticholinergica (visusstoornissen) bevatten.

1.b.6 Pijnstillende medicatie en ontstekingswerende geneesmiddelen.

Bekend zijn de klachten van oorsuizen en verwardheid bij een overdosis aan acetylsalicylzuur (Aspirine en co.). Minder bekend is echter dat de Niet Steroïdale Anti Inflammatoire Farmaka aanleiding kunnen geven tot duizeligheid en verwardheid.
De narcotische analgetica kunnen sedatie en een bloeddrukval teweegbrengen.

2. Literatuuroverzicht.

Literatuur in verband met het gebruik van geneesmiddelen op de arbeidsvloer is eerder schaars te noemen. Wel is er veel literatuur over het effect van medicatie op het rijgedrag, maar effecten op de arbeid en effecten van de arbeid op het medicatiegebruik werden nog niet frequent bestudeerd.

2.a Geneesmiddelengebruik bij de beroepsbevolking.

• Uit het CBS/Leefsituatieonderzoek blijkt dat 27 à 33 % van de beroepsbevolking medicatie gebruikte in de laatste 14 dagen voor het onderzoek. Werknemers uit de bouw en de landbouw vertoonden het laagste gebruik.
• Muusse - Schrevel concludeerde dat maar liefst 15 à 18 % van de werknemers regelmatig reactie- en waarnemingsbeïnvloedende medicatie gebruikt.
• Bloemhoff & Van den Heuvel bekomen een percentage van 3 % van de werknemers welke sederende medicatie zou gebruiken.
• Ook Govaarts komt tot een gelijkaardig resultaat, nl. 2,5 % van de beroepsbevolking zou reactie- en waarnemingsbeïnvloedende medicatie gebruiken.
• In ons eigen onderzoek kunnen we deze laatste twee auteurs bevestigen (zie verder).

2.b Factoren die het geneesmiddelengebruik beïnvloeden.

• Potter beschreef talrijke factoren uit de arbeidsomstandigheden die het farmacagebruik beïnvloeden. Hieronder overwerk, onregelmatige uren, ploegen-arbeid, hoge werkdruk, hoge eisen en ook jobs met een zogenaamd "alcohol-klimaat".
• Montastruc toonde in zijn onderzoek aan dat vrouwen meer gebruiken dan mannen en ook dat het gebruik het hoogst ligt in de oudere leeftijdscategorie.
Dit komt ook in onze studie tot uiting.
Ongehuwden gebruiken dan weer minder dan de andere vormen van burgelijke stand (gehuwd, gescheiden...).

2.c Effecten van medicatiegebruik op het werk.

• Volgens Tilson hebben de meeste reactie- en waarnemingsbeïnvloedende geneesmiddelen weinig effecten op het werk mits echter het volgen van de juiste dosering.
• Hegmann vindt geen verband tussen medicatiegebruik en ongevallen.
• Ook Montastruc kan geen verband aantonen.
• Dunn van zijn kant treft ook geen relatie aan met arbeidsongevallen.
• Goovaarts daarentegen concludeert dat gebruikers van benzodiazepines 2,6 maal meer kans maken op een arbeidsongeval dan niet - gebruikers.

3. Gebruik in het arbeidsmilieu : eigen onderzoek.

De gebruikte onderzoekspopulatie is het IDEWE - bestand van 1993.
Ongeveer 28.000 werkgevers zijn aangesloten bij onze interbedrijfsgeneeskundige dienst en zij vertegenwoordigen circa 300.000 werknemers. Dit is ongeveer 14% van de werknemerspopulatie in Vlaanderen.
In 1993 werden ongeveer 139.000 werknemers onderzocht door een arbeidsgeneesheer in het kader van het jaarlijks periodiek onderzoek. Zij vertegenwoordigen ongeveer 6% van de Vlaamse werknemers.

Naar aanleiding van dit jaarlijks medisch onderzoek werd ook het geneesmiddelengebruik op het ogenblik van het onderzoek nagegaan. Het is op deze gegevens dat onze studie gebaseerd is.

3.a Prevalentie van het geneesmiddelengebruik.

Tabel 1 : Medicatiegebruik algemeen en in categorieën 1993

BEHANDELING	MANNEN N = 73864	VROUWEN N = 65260
ALGEMEEN	19,7 %	26,0 %
ALLERGIE	3,3 %	3,6 %
NEURO - PSYCH	2,1 %	3,2 %
CARDIO	1,8 %	1,3 %
VASCULAIR	1,2 %	1,6 %
BLOEDDRUK	1,4 %	1,5 %
RESPIRATOIR	1,7 %	1,4 %
MAAG - DARM	1,9 %	1,5 %
LOCOMOTORISCH	2,4 %	2,7 %
URO - GENITAAL	0,3 %	4,3 %
ENDOCRINO	0,9 %	2,0 %
NKO	1,0 %	1,4 %
HUID	1,0 %	1,4 %
Missing	20,7 %	17,6 %

Uit tabel 1 blijkt dat 19,7 à 26 % van de beroepsbevolking een of ander geneesmiddel gebruikt op het ogenblik van het medisch onderzoek. Deze cijfers liggen iets lager dan deze van het reeds vermeld CBS/Leefsituatieonderzoek.
Ook stellen we reeds vast dat het gebruik van medicatie hoger ligt bij vrouwen dan bij mannen en dit in praktisch al de geneesmiddelencategorieen (uitzondering medicatie voor hart, ademhaling en spijsvertering).
Het gebruik van neuropsychiatrische geneesmiddelen komt overeen met de cijfers uit de literatuur : namelijk 2,1 à 3,2 % van de werknemers gebruikt dergelijke medicatie.

Tabel 2 geeft een overzicht van de prevalentie (%) van algemeen medicatiegebruik in functie van de leeftijd

	MANNEN	VROUWEN
15 - 24 jaar	14,4	21,1
25 - 34 jaar	15,6	22,0
35 - 44 jaar	20,0	27,6
45 - 54 jaar	28,0	41,2
+ 55 jaar	37,8	49,5

Uit tabel 2 blijkt duidelijk het gslachtsverschil en het leeftijdseffect.
Het medicatiegebruik stijgt met toenemende leeftijd. In elke leeftijdsklasse ligt het gebruik van geneesmiddelen bij de vrouwen steeds hoger als bij de mannen.
Een dergelijk effect wordt ook gezien indien we de verschillende geneesmiddelen-categorieën apart beschouwen. Als voorbeeld hiervan tabel 3 met de verdeling van neuropsychiatrische medicatie in functie van leeftijd en geslacht.

Tabel 3 : neuropsychiatrische medicatie in functie leeftijd en geslacht (prevalentie %)

	MANNEN	VROUWEN
15 - 24 jaar	1,0	1,6
25 - 34 jaar	1,5	2,1
35 - 44 jaar	2,52	4,1
45 - 54 jaar	2,9	6,0
+ 55 jaar	4,3	8,4

Enkel het gebruik van antiallergische medicatie neemt af met de leeftijd. En in de groep van de geneesmiddelen voor cardiologische doeleinden zijn de mannen steeds de hoogste gebruikers.

3.b Geneesmiddelengebruik en arbeid.

De wisselwerking tussen het gebruik van medicatie en arbeid werd nagegaan. Enerzijds door na te kijken of arbeidsomstandigheden een effect hebben op het geneesmiddelengebruik, anderzijds door na te gaan of er een relatie bestaat tussen het gebruik van medicatie en het aantal arbeidsongevallen.

Wanneer we het geneesmiddelengebruik bekijken in functie van **beroeps - klassen**, dan stellen we vast dat in de sector vervoer/verkeer het gebruik van medicatie zowel voor vrouwen als voor mannen **lager** ligt dan in andere beroepscategorieën. Dit terwijl vaak toch de idee de ronde doet dat in deze categorie medicatiegebruik frequent zou zijn.

Wanneer het gebruik van geneesmiddelen bekeken wordt in relatie tot **dag/nachtarbeid** dan stellen we vast dat enkel in de hoogste leeftijdsklasse (+ 55 jaar) er meer medicatie gebruikt wordt door de nachtarbeiders dan door de dagwerkers. Dit geldt zowel voor de mannen als voor de vrouwen.
In de lagere leeftijdscategorieën is dit gebruik **gelijklopend**. Waarschijnlijk speelt hier het healthy worker effect een rol.

Indien we de relatie medicatie en **arbeidsongevallen** onderzoeken dan zien we dat in elke leeftijdsklasse meer arbeidsongevallen gesignaleerd worden bij personen die aangeven medicatie te gebruiken dan bij werknemers die medicatie-vrij zijn. Ook het leeftijdseffect zien we hier, namelijk dat er meer ongevallen gebeuren in de jongste categorie (Tabel 4).

Tabel 4 : Prevalentie arbeidsongevallen naar geneesmiddelengebruik en leeftijd

	Medicatiegebruiker	Niet - gebruiker
15 - 24 jaar	13,8	11,4
25 - 34 jaar	11,9	10,5
35 - 44 jaar	12,1	9,8
45 - 54 jaar	9,5	7,2
+ 55 jaar	7,5	6,5

Ook zien we dat in elke leeftijdsklasse het gebruik van geneesmiddelen hoger ligt in de groep werknemers met een ongeval dan in de groep die ongevalsvrij het jaar doorkwam.

3.c Besluiten.

Algemeen kunnen we besluiten dat :

- Het gebruik van medicatie stijgt met de leeftijd;
- Vrouwen meer geneesmiddelen gebruiken dan mannen;
- Er een mogelijk effect van de arbeid en arbeidsomstandigheden op medicatiegebruik is;
- Er ook een mogelijk effect is van geneesmiddelengebruik op het voorkomen van arbeidsongevallen;
- Verder onderzoek noodzakelijk is om dit alles uit te klaren.

4. Bibliografie.

* Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium 1996
(Belgisch centrum voor farmako-terapeutische informatie)

* Bedrijfsrisico's van medicijngebruik"; verslag van een oriëntatie-bijeenkomst 1996
Stichting ALCON

* Pilootstudie geneesmiddelengebruik en bedrijfsongevallen 1992
Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO

* Montastruc J. L. Use of benzodiazepines and industrial injuries
Eur. J. Clin. Pharmacol (1992) 42 : 553 - 554

* Govaarts J.J. Benzodiazepines en bedrijfsongevallen
T. Soc. Gezondheidszorg (1989) 67 : 131 - 133

* Hegmann K. Medication Reporting in the Workplace
J.O.M. (1991) 11, 1131 - 1136

* D' Auria Drug-induced Impaired Performance
Ann Acad Med Singapore (1994) 23, 760 - 764

* Nicholson A.N. Medication and skilled work
Phil. Trans. R. Soc. Lond. (1990) B 327, 513 - 518

* DeHart R. L. Medication - Induced Performance Decrements
J.O.M. april 1990, volume 32, no 4 volledig nummer

* Dunn E.V. Industrial accidents and medication. Is there a relationship? J.O.M. (1979) 21: 365 - 366

HOE KOMT HET 'PROBLEEM' TER SPRAKE IN HET BEDRIJF ?
Een praktijkvoorbeeld

Dr. Hugo TEERLINCK - Ford Werke AG

INHOUD

1. Enkele mogelijke aanknopingspunten met het A.R.A.B.
2. Informatiekanalen om het probleem medicatie in het bedrijf te identificeren.
3. Enkele praktijkvoorbeelden.
4. Krachtlijnen die wij belangrijk achten bij een beleid inzake medicatie- en druggebruik.

1. Enkele mogelijke aanknopingspunten met het A.R.A.B.

Het antwoord op de vraag : "Hoe komt medicatie als probeem ter sprake in het bedrijf?" ligt voor een deel vervat in de wettelijke opdracht van de arbeidsgeneeskunde; deze is in hoofdzaak preventief gericht.

In het A.R.A.B. Titel I bis, art. 28 zijn een aantal algemene preventieprincipes vermeld, die betrekking hebben op de verplichtingen van de werkgever.
Men spreekt enkel over risico's op de werkplaats en de gevolgen daarvan op de gezondheid, evenals over collectieve beschermingsmaatregelen, die voorrang hebben op individuele.

In tegenstelling met het voorgaande, bepaalt art. 28 sexies § 1, dat iedere werknemer "in zijn doen en laten tijdens de arbeid overeenkomstig zijn opleiding en de door de werkgever gegeven instructies, naar vermogen zorg moet dragen voor zijn eigen veiligheid en gezondheid en die van de andere betrokken personen".
Om enkele aanknopingspunten te vinden, zij het dan onrechtstreeks, met het probleem medicatie, vermeldt titel II, art. 104 paragraaf 2 : de arbeidsgeneeskundige dienst heeft een essentieel preventieve rol en heeft tot taak, ik citeer :

1) de gezondheidstoestand van de werknemers na te gaan en hen, in voorkomend geval, voor te lichten en raad te verstrekken omtrent de aandoeningenof onvolwaardigheden die zij vertonen;

2) de aandacht van de jongeren te vestigen op hun fysieke en psychische geschiktheid met het oog op hun beroepsoriëntering;

3) te vermijden dat werknemers worden tewerkgesteld in betrekkingen waarvan zij, wegens hun gezondheidstoestand, normaal de last niet kunnen dragen, en eveneens te vermijden dat tot het werk personen worden toegelaten die wegens de aandoeningen waaraan zij lijden een ernstig gevaar voor besmetting of onveiligheid zouden betekenen voor hun gezellen in werkplaats of bureau;

4) zoveel mogelijk bij te dragen tot de aanpassing van de werknemers aan hun arbeid en tevens tot de aanpassing van de arbeidsverrichtingen aan de normen van de menselijke fysiologie;

5) in principe niemand elk werk te ontzeggen maar er veeleer naar te streven eenieder, ondanks zijn onvolwaardigheden, tewerk te stellen aan arbeid die hij aankan.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat de voornaamste vraag die we ons als arbeidsgeneesheer voortdurend moeten stellen is : is de werknemer fysiek en psychisch geschikt voor de uitvoering van een welomschreven opdracht met specifieke eisen ?

Bij het probeem medicatie wordt doorgaans de discordantie des te groter, naarmate de fysieke en / of psychische geschiktheid des te geringer is en de eisen van de job des te hoger liggen.

Het herkennen van deze situaties die onveilig, soms ronduit gevaarlijk zijn voor zowel de werknemer als de omgeving, is uitermate belangrijk.
Ik denk hier op de eerste plaats aan testchauffeurs, rolbrugkraanvoerders of heftruckchauffeurs, waarbij een hoge graad van concentratie en waakzaamheid vereist wordt.
Medicatie met min of meer centraal deprimerende of stimulerende eigenschappen zou bij deze werknemers abnormale reacties kunnen teweegbrengen met catastrofale gevolgen.

Om even deze problematiek te transponeren naar een globaler maatschappelijk kader, ben ik de mening toegedaan dat, evenals in een werksituatie, het recht en de vrijheid van het individu om medicatie tot zich te nemen, moeilijk kan primeren op het recht op bescherming van de maatschappij ...
Het vroegtijdig herkennen van een medicatieprobleem (het hoeft daarom nog geen abusus te zijn) is van het allergrootste belang om de veiligheid van alle werknemers te garanderen.
Terloops dient hier gezegd dat elke individueel probleem rond medicatie en eventuele verslaving soms gepaard gaat met diep-menselijk leed of dramatische gebeurtenissen.
We achten het dan ook absoluut noodzakelijk om de nodige discretie en sereniteit aan de dag te leggen bij de afhandeling en opvolging van elk individueel geval.

2. Informatiebronnen

Alvorens enkele voorbeelden te geven uit de dagelijkse praktijk, vermeld ik een aantal informatiekanalen waarover we beschikken om een inzicht te krijgen omtrent medicatiegebruik én of misbruik.

In grote lijnen kunnen we binnen onze wettelijke opdracht twee pistes onderscheiden; enerzijds het onderzoek van mensen en anderzijds het onderzoek van werkplaatsen.
Bij het onderzoek van mensen onderscheiden we het aanwervingsonderzoek, het periodiek onderzoek, de spontane raadpleging, het transfertonderzoek, verder het beeldschermwerkonderzoek, de medische schifting voor personenvervoer en het onderzoek bij werkhervatting, om de voornaamste te noemen.
Binnen deze groep onderzoeken hebben we, onafgezien van de niet medegedeelde zelfmedicatie, slechts gedeeltelijk controle omtrent medicatiegebruik.
Bij de groep der biologische metingen hebben we de eventuele mogelijkheid om medicatie op te sporen.
In de erkende ongevallendienst dienen we meermaals medicatie toe, zodat we de controle hierover zelf in handen hebben.
Ook bij allerlei ongemakken wordt aan de werknemers die dat wensen gedurende een korte periode medicatie gegeven. Het spreekt vanzelf dat bij uitgesproken ziekte, de persoon verwezen wordt naar de huisarts.

De informatie omtrent medicatie die verkregen wordt via deze onderzoeken wordt geregistreerd in het centraal medisch dossier.
De beslissing in verband met de geschiktheid voor een bepaalde functie dient genomen te worden op basis van een evaluatie waarbij rekening gehouden wordt zowel met de persoonsgebonden risico's als met de arbeidsplaatsgebonden risico's.
De voornaamste medicaties waarbij er een probleemsituatie ontstaat inzake werkgeschiktheid zijn de sedativa, anxiolytica, analgetica, antidepressiva, hypnotica, amfetamines, met andere woorden, middelen met een centraal deprimerende of centraal stimulerende werking.
Er zijn uiteraard tal van andere medicaties waaronder antidiabetica, antiepileptica, antihistaminca, anthihypertensiva en cardiotonica die soms van vitaal belang zijn voor sommige werknemers om normaal te kunnen functioneren.

3. Enkele praktijkvoorbeelden

3.1 Een jonge zetelmaker biedt zich aan voor periodiek onderzoek.
Het klinisch onderzoek is normaal. Wel is er een gewichtsdaling van 8 kg ten opzichte van het vorig jaar. Psychisch geeft hij een wat nerveuze indruk. Zijn polsslag in rust is te hoog. Met het werk heeft hij blijkbaar geen problemen.
Op mijn vraag of hij medicatie neemt komt een bevestigend antwoord. Hij neemt sinds +/- 4 maanden 2 pilletjes per dag ... om te vermageren. Hij klaagt tevens over inslaapproblemen maar hij wijt dit aan het systeem van draaiende posten. De naam van de pilletjes kent hij niet. Bij het nazicht van de ziektegeschiedenis merk ik dat de man regelmatig van huisarts verandert. We nemen contact op met Dr. X. Deze heeft de man sinds maanden niet meer gezien en bevestigt dat hij éénmaal een eetlustremmer voorgeschreven heeft. Na 2 weken wordt de werknemer teruggeroepen voor een gesprek en verdere evaluatie hieromtrent. De jongeman beweert dat hij een andere huisdokter gekozen heeft "om persoonlijke redenen". Ik probeer hem duidelijk te maken dat deze medicatie (ondertussen bleken het amfetamines te zijn) wel gewichtsverliestot gevolg heeft, maar kan leiden tot verslaving en onveilig gedrag.
We vragen hem zich aan te melden bij Dr. X. In gezamenlijk overleg wordt gezocht naar een andere oplossing voor zijn overgewicht. Uiteindelijk wordt hij verwezen naar een diëtiste die een individueel begeleidingsprogramma voorstelt.
Na enkele maanden zien we hem terug. Hij heeft de medicatie achterwege gelaten en is tevreden over het behaalde resultaat.
Niettegenstaande het hier absoluut geen veiligheidsfunctie betreft is er toch een appreciatie en evaluatie noodzakelijk. Het progressief optreden van een eventueel toxicomaan gedrag leek me hier niet uitgesloten.

3.2 Een rolbrugkraanvoerder, 45 jaar, komt voor het jaarlijks onderzoek.
Klinisch is alles normaal. Het E.C.G. is in orde en de visus OK.
Hij klaagt van lichte nekstramheid tengevolge van arthrose. Hiervoor neemt hij nu en dan een pijnstiller.

Hij geeft een wat matte en apathische indruk, en beweert slecht geslapen te hebben en zegt dat hij niet meer van de jongste (?) is.
Bij het urineonderzoek vinden we benzodiazepines en opiaten.
Aangezien het hier gaat over een veiligheidsfunctie, wordt de werknemer terug ontboden voor een eerste oriëntatiegesprek. Nu weet hij precies welke medicatie hij neemt. Hij noemt "met name" Diazepam en neemt dit om de spieren te ontspannen. Als pijnstiller neemt hij een combinatie van Paracetamol en Codeine-fosfaat (opiaten +).
Na een langdurig gesprek omtrent veiligheid ten opzicht van zichzelf en de andere werkmakkers, beweert de man dat hij de medicatie eigenlijk moeilijk kan laten.
Ik licht de man duidelijk in omtrent de procedure die we volgen bij veiligheids-functies en vraag hem of hij hiermee akkoord gaat. Blijkbaar heeft hij de boodschap begrepen en stemt in.
We nemen tevens contact op met de huisarts die we in grote lijnen op de hoogte brengen van de procedure.
De wijze waarop deze procedure wordt doorgevoerd kan al of niet een punt voor discussie zijn, maar een feit staat vast : na ongeveer 1 jaar opvolging, controle en maandelijkse begeleiding, in overleg met de huisarts, is onze kraanvoerder over-tuigd. Hij neemt enkel nog N.S.A.I. middelen en gaat nu en dan naar de kinesist.
Hij voelt zich, niettegenstaande zijn vervelende pijn, meer alert en kan zich beter concentreren bij het werk.
We zijn ervan overtuigd dat, zonder deze vroegtijdige ingreep, het risico voor ongevallen zou toegenomen zijn, met alle gevolgen vandien.

3.3 Een kaderlid met een veiligheidsfunctie wordt ontboden voor een medische schifting voor personenvervoer. Het betreft hier een bijkomend speciaal rijbewijs t.g.v. het K.B. van 7 april 1995.
Het klinisch onderzoek is normaal en de gezichtstesten voldoen aan de normen.
Op de medische vragenlijst vermeldt de man eerlijk het regelmatige gebruik van een middel tegen stress en zenuwen. Het betreft hier een benzodiazepine, nl. Lorazepam met anxiolytische, hypno-sedatieve en spierrelaxerende eigen-schappen. Af en toe (?) drinkt de man 's avonds ook één whisky.
In de loop van het gesprek omtrent veiligheid en verantwoordelijkheid, maak ik de man stilaan duidelijk dat hij niet voldoet aan alle wettelijke normen om dit rijbewijs te bekomen. De heer X blijkt echter een lastige klant te zijn en verzoekt uitdrukkelijk, gezien zijn functie, om de nodige documenten in orde te maken.
Hij maakt luidop de bedenking dat "dat pilletje toch geen kwaad kan en dat hij goed weet wat hij doet".....
In deze onaangename momenten tracht ik rustig te blijven, en hoop dat de man tot bezinning komt. Doch het wonder gebeurt niet, integendeel.
Hij bevestigt zelfs dat het zonder het dagelijkse pilletje niet gaat. Hierop rond ik dit onderwerp af met een duidelijke maar kordate beslissing, nl. geen rijbewijs.
Als alternatief stel ik een periode van uitstel voor van 3 maanden mits hij

pogingen onderneemt om via de huisarts of het CAD zijn medicatie stop te zetten.

3.4 Een jonge montagearbeider van 23 jaar biedt zich aan tijdens een zogenaamde spontane raadpleging. Hij klaagt over lage rugpijn. Het klinisch onderzoek is weinig relevant. Mogelijks zijn er wat aanpassingsproblemen aan een nieuwe job. Onlangs was hij twee weken werkonbekwaam om dezelfde reden.
Hij werd toen verwezen naar een specialist. We vragen een copie van het verslag bij de huisarts. Hieruit blijkt dat er sprake is van een lichte vorm van scoliose bij een tengere jongeman. Wat rugspieroefeningen zouden wel wat beterschap brengen. Bij de antecedenten op het specialistisch verslag staat vermeld :
Epilepsie .... neemt anti-epileptica.
We roepen de jonge werknemer terug voor een gesprek en komen tot de vaststelling dat hij tijdens het aanwervingsonderzoek deze toestand niet vermeld heeft. Met enige ergernis nemen we nu pas kennis van deze risicovolle aandoening. Een nieuwe navraag bij de neuroloog die hem vroeger onderzocht heeft, bevestigt de diagnose van epilepsie, waarbij het dagelijks nemen van aangepaste medicatie noodzakelijk is.
Aangezien het beroepsgeheim ook in deze zaak absoluut is, kan deze zgn. valse verklaring geen aanleiding geven tot afdanking. Nochtans zijn we verplicht, gezien het gevaar voor ernstige ongevallen, een medisch advies te geven, nl :

1) geen voertuigen besturen;
2) geen werk met risico voor zichzelf en derden;
3) geen arbeid in geïsoleerde omstandigheden, tussen bewegende machineonderdelen.

Het gevolg van deze geschiedenis is dat de supervisor van de afdeling helemaal niet begrijpt hoe deze medische adviezen in verband kunnen staan met ruglast.
We geven dan ook de raad aan de jongeman zelf zijn verhaal te vertellen aan de baas. Het toeval wil dat deze baas zelf een kind heeft met epilepsie, en hierdoor het nodige begrip kan opbrengen voor de situatie.
Onze jonge werknemer is nu tewerkgesteld in een aangepaste omgeving.

3.5 Vorige vrijdag komt een heftruckchauffeur op onderzoek voor werkhervatting na een depressie tengevolge van echtscheiding. Op het attest van de specialist staat vermeld : "werkgeschikt mits werkaanpassing". Hij moet verder volgende medicatie nemen :

- 's morgens
  - 1/2 Tranxene van 50 mg
  - 1 comp. Antabuse
  - 1 comp. Prozac
- 's middags
  - 1/2 comp. Tranxene 50 mg
- 's avonds
  - 1/2 comp. Tranxene 50 mg
- en voor het slapen gaan
  - 2 comp. Staurodorm.

Ik was eigenlijk stomverbaasd dat de psychiater een patiënt met dergelijke medicatie werkgeschikt verklaart. Aangepaste jobs zijn ook in een groot auto-mobielbedrijf niet eindeloos voorhanden. We hebben de overwegend somnolente man terug naar de huisarts verwezen.

4. Slotbeschouwing

Om te besluiten zou ik enkele krachtlijnen willen formuleren die mijns insziens belangrijk zijn om een verantwoord beleid inzake medicatie en druggebruik te kunnen voeren :

4.1 Dit beleid mag vooral niet repressief, maar dient wel begeleidend te zijn.

4.2 Er moet voldoende mogelijkheid zijn voor een oriënterend gesprek en een progressief bewustwordingsproces.

4.3 Er moet ruimte zijn voor benadering en aanpak van de problemen.

4.4 Er moeten voldoende garanties zijn qua medewerking van de supervisie en de personeelsdienst.

4.5 In principe kan de arbeidsgeneesheer geen behandelende, maar wel een begeleidende en verwijzende rol spelen, in overleg met de werknemer en de huisarts, CAD of andere hulpverleners.

4.6 De nodige discretie moet gegarandeerd zijn, en het beroepsgeheim is een absoluut gegeven.

4.7 Bij elke probleemsituatie moet men trachten voorzichtig en progressief een vertrouwensrelatie op te bouwen met de werknemer.

Bovendien is het van groot belang dat er voldoende faciliteiten geboden worden vanwege de directie van het bedrijf om dit proces tot een goed einde te brengen.

onvermijdelijk uitmondt in een studie van de kwaliteit van de arbeid.

Deze kwaliteit – zoals ook uit ons verhaal over de aarzelende ontwikkeling naar nieuwe banen valt af te leiden – wordt niet gezien als een rechtstreeks gevolg van bepaalde technologische ontwikkelingen. Het is onze overtuiging dat de kwaliteit van de nieuwe banen en loopbanen in eerste instantie bepaald wordt door menselijke beslissingen en ingrepen. Wij moeten dus de vraag stellen welke belangen hierbij prioriteit verdienen, welke machts- en overlegstructuren daartoe nagestreefd moeten worden en hoe deze structuren een rechtvaardige verdeling of herverdeling van kwaliteitsvolle arbeid kunnen waarborgen. Dat lijkt mij een belangrijke maatschappelijke uitdaging voor de volgende decennia.

De zin van arbeid en werk

Leo Lagrou

1. De verplichting tot volledige werkgelegenheid: verantwoord?

IAO wil verplichte volledige werkgelegenheid. Een fictie?

Het jongste rapport van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) meldt dat ongeveer één miljard mensen, één derde van de wereldberoepsbevolking, werkloos is of te weinig werk heeft. De Standaard van 26 november 1996 citeert het standpunt of de conclusies hierover van algemeen directeur Michel Hansenne, onze vroegere minister van Arbeid. Hij schrijft: "Economisch gezien heeft die hoge werkloosheidsgraad niet de minste zin en is hij politiek noch sociaal houdbaar." Hij pleit voor een internationale verplichting tot volledige werkverschaffing, om de opvatting uit de wereld te helpen "dat wij moeten leren leven met economische groei die geen banen schept" (p. 15).

De IAO is een instelling die internationaal een groot moreel gezag heeft. Haar standpunt ten gunste van verplichte volledige werkgelegenheid moet dan ook ernstig worden genomen. Die stellingname wordt echter door velen verworpen of in vraag gesteld. Politici, wetenschappers en ook de publieke opinie betwijfelen de haalbaarheid van volledige werkgelegenheid. De werkloosheid is structureel, en de décalage tussen de dalende vraag naar werk en de toename van het aanbod blijft toenemen. Algemene werkgelegenheid is niet haalbaar, het is een fictie.

1.1. Iedereen beschikbaar voor de arbeidsmarkt, of recht op luiheid voor wie liever niet werkt?

Vele gezaghebbende instanties beweren dat volledige werkgelegenheid *niet kan*, en sommigen menen bovendien ook dat het *niet hoeft*. Dat laatste standpunt is niet meer zuiver pragmatisch, het is ook ideologisch gekleurd.

Het hoeft niet, omdat wij het ons als rijk land kunnen veroorloven aan iedereen een basisinkomen te geven, ook aan hen die geen beroepsarbeid verrichten, die niet kunnen werken of niet hoeven te werken. Wie wel werkt, krijgt daar wat bovenop. Op die wijze wordt armoede, onze welvaartsstaat onwaardig, vermeden en wordt de consumptie, de motor van de productie, gehandhaafd.

Om competitief te blijven investeren wij in een winstgeven-

de, hoogtechnologische productie die grotendeels geautomatiseerd verloopt en gestuurd wordt door hooggekwalificeerd personeel, omringd door laaggekwalificeerde hulpjes voor het domme en eventueel gevaarlijke werk.

"Wij moeten zoveel mogelijk arbeidsgeschikte, volwassen burgers professioneel werk bezorgen omdat dit in het algemeen hun psychisch welzijn bevordert. Het is de bedoeling van deze lezing die stelling te onderbouwen en te nuanceren."

Op die wijze komen er voldoende financiële middelen vrij voor wie niet werkt, er wordt voldoende geproduceerd en geconsumeerd. Waarom moeten dan nog – met grote financiële en organisatorische inspanningen – programma's worden opgezet voor volledige werkgelegenheid?

Waarom wil Hansenne koste wat het kost de opvatting bestrijden dat wij moeten leren leven met economische groei die geen banen schept? Een belangrijke rechtvaardiging lijkt mij de ethisch-psychologische. Wij moeten zoveel mogelijk arbeidsgeschikte, volwassen burgers professioneel werk bezorgen omdat dit in het algemeen hun psychisch welzijn bevordert. Negatief geformuleerd: de uitsluiting van gezonde volwassenen uit het arbeidsproces is een oorzaak van psychisch lijden. Het is de bedoeling van deze lezing die stelling te onderbouwen en te nuanceren.

Psychologen en filosofen hebben het belang van werk steeds benadrukt, maar de idee van algemene verplichting genuanceerd. Men gaat ervan uit dat mensen die graag werken daartoe de kans moeten krijgen, maar dat het wellicht niet wenselijk is mensen die niet graag werken, daartoe te dwingen. Dat is niet wenselijk voor de betrokkene zelf en het levert weinig resultaat op.

Sigmund Freud en Khalil Gibran over het belang van arbeid voor het menselijk geluk

Bij algemene beschouwingen over het belang van arbeid voor het menselijk geluk worden twee auteurs veel geciteerd: psychoanalyticus Sigmund Freud en dichter-filosoof Khalil Gibran.

Op de vraag: wat is volgens u essentieel voor menselijk geluk, zou Freud geantwoord hebben: "Arbeiten und Lieben". Vooral de volgorde is verwonderlijk. Van een psychoanalyticus wordt immers verwacht dat hij *Lieben* op de eerste plaats zet. Maar voor mensen die hun werk graag doen, moet het verschil tussen *Arbeiten* en *Lieben* gerelativeerd worden.

Dat wordt prachtig verwoord door de Profeet van Khalil Gibran. In antwoord op de vraag van het volk "Spreek ons over arbeid", zegt de Profeet: "(...) En als je niet met liefde arbeiden kunt en enkel met tegenzin, dan is het beter je arbeid op te geven en te gaan zitten bij de tempelpoort om aalmoezen in ontvangst te nemen van hen die vol blijdschap arbeiden. Want als je met onverschilligheid brood bakt, bak je een bitter brood dat slechts ten dele 's mensen honger stilt" (Gibran, 1923, p. 25-26). Volgens de Profeet is arbeid dus alleen zinvol als die met liefde verricht wordt. Wie met tegenzin werkt, kan er beter mee ophouden. De aalmoezen aan de tempelpoort zijn in hedendaagse termen een levenslang gewaarborgd minimuminkomen of steungeld van het OCMW.

Een recent pleidooi voor het recht op luiheid sceptisch onthaald

In het voetspoor van Khalil Gibran hield een tiental jaren geleden een groep progressieve juristen onder leiding van collega Jef van Langendonck nog een pleidooi voor het recht op luiheid, dat zij wilden onderbouwen met een juridisch statuut: "Waarom mensen die niet graag werken daartoe verplichten, terwijl er niet voldoende arbeidsplaatsen zijn voor wie graag werkt." Dat voorstel om het recht op luiheid concreet gestalte te geven was toen erg controversieel en is dat nu nog. Het project is dan ook gestrand op de klippen van scepticisme en ergernis, zowel bij de werknemers als bij de werkgeversorganisaties. Werkwilligheid is en blijft het officiële criterium. Werklozen zijn in principe verplicht een werkaanbieding vanwege de VDAB te aanvaarden. Langdurig werklozen doen er goed aan hun werkwilligheid te bewijzen door regelmatig te blijven solliciteren, ook al levert dat geen enkel resultaat op. Het resultaat is hier niet zo belangrijk, wel het tonen van goede wil.

1.2. Van een ethische naar een psychologische rechtvaardiging van werkplicht

Werkplicht en arbeidsethos: "Recht op luiheid is strijdig met een diepgeworteld ethisch principe: het arbeidsethos."

Door het recht op luiheid te propageren raakt men blijkbaar een gevoelige snaar: het klinkt indecent, men overtreedt een taboe. Recht op luiheid is strijdig met een diepgeworteld ethisch principe: het arbeidsethos. Werk is voor een gezonde volwassene een morele plicht. Wie niet werkt, heeft daarom doorgaans een gewetensprobleem: hij (of zij) schaamt zich, voelt zich vaag schuldig. Aangezien het arbeidsethos in onze samenleving gehandhaafd wordt, is dat een argument ten gunste van de verplichte volledige werkgelegenheid. De samenleving kan niet gelijktijdig werkplicht opleggen en een groot aantal burgers buiten het arbeidscircuit houden. Volledige werkgelegenheid is daarom een morele opgave voor de overheid en voor de leiders van werkgevers- en werknemersorganisaties.

Twee rechtvaardigingen voor het arbeidsethos

Hier rijst de vraag of dat arbeidsethos wel gehandhaafd moet of kan worden. Is de norm niet in onbruik geraakt door de evolutie van onze samenleving? Er zijn twee belangrijke rechtvaardigingen voor het arbeidsethos. Wij kunnen nagaan of ze ook nog gelden voor deze tijd en voor de nabije toekomst.

Vooreerst is er de plicht om zorg te dragen voor het vervullen van de eigen levensbehoeften en van de behoeften van anderen die daar niet zelf voor kunnen instaan: kinderen, bejaarden, gehandi-

capten. De bijbelse aansporing dat de mens moet werken "in het zweet zijns aanschijns" verwijst naar die motivering van de werkplicht. Alleen door hard labeur zal de aarde voldoende vruchten voortbrengen om alle mensen te voeden. Wij leven echter in een maatschappij die gekenmerkt wordt door overproductie. In bijbelse termen leven wij in een land "dat overvloeit van melk en honing"; in prozaïsche termen "in een land dat geplaagd wordt door boterbergen en mestoverschotten". Wij combineren die overproductie bovendien met een tekort aan werkgelegenheid.

De tweede rechtvaardiging van het arbeidsethos is oorspronkelijk van religieus-ethische aard en is geëvolueerd tot een ethisch-psychologische rechtvaardiging. De religieus-ethische rechtvaardiging stelt dat de inschakeling in het werkproces bevorderlijk is voor het zielenheil. Negatief geformuleerd: dat luiheid het hoofdkussen is van de duivel. In de literatuur wordt deze rechtvaardiging vooral beschreven als eigen aan protestantse landen die beheerst werden door het protestantse werkethos. Dat thema werd door Max Weber uitgewerkt in zijn magistraal werk *The Protestant ethic and the spirit of capitalism*, dat in het begin van deze eeuw gepubliceerd werd (Weber, 1904). De visie van de socioloog Max Weber werd overgenomen door de psycholoog McClelland, die er zijn theorie over prestatiemotivatie op bouwde. Zijn werk *The achieving society* verscheen in de jaren zestig. McClelland beweert dat het verschil in welstand en industriële ontwikkeling in Europa tussen de meer noordelijke, protestantse landen (zoals Duitsland, Zwitserland en Engeland) en de meer zuidelijke (zoals Italië en Spanje) mede verklaard kan worden door een verschil in prestatiemotivatie van hun burgers. En dat verschil zou op zijn beurt verband houden met een verschillend arbeidsethos. Het zou verklaard worden door een verschillende religieuze fundering van dat arbeidsethos bij protestanten en katholieken. In de protestantse landen werd niet alleen harder gewerkt, maar de zuurverdiende centen werden er ook zoveel mogelijk gespaard, want de combinatie van hard werk, welstand en soberheid was God welgevallig: het was een teken van uitverkorenheid. In de oorspronkelijk rijkere katholieke landen daarentegen werd er niet alleen minder hard gewerkt, er werd ook meer geconsumeerd. Zo bevorderde het protestantse werkethos bij onze noorderburen de accumulatie van kapitaal die in de loop van de 19de eeuw de basis vormde van een snelle economische ontwikkeling. Wat daar ook van zij, in de visie van McClelland is de psychologische prestatiemotivatie een soort geseculariseerd arbeidsethos: mensen worden van binnen uit aangezet tot presteren, zij zijn intrinsiek gemotiveerd tot werk (R. Brown, 1965). In die visie is arbeid niet meer in de eerste plaats instrumenteel (een middel om geld te verdienen), maar intrinsiek: het is een vorm van zelfrealisatie.

McClelland seculariseert de religieus-ethische rechtvaardiging: "Arbeid is niet meer in de eerste plaats instrumenteel (een middel om geld te verdienen), maar intrinsiek: het is een vorm van zelfrealisatie."

Hieruit blijkt hoe zich in een geseculariseerde samenleving een verschuiving voordoet van een religieus-ethische rechtvaardiging van werkplicht naar een psychologische. De vraag is nu veeleer of werk belangrijk is voor de *psychè*, dan wel voor het zielenheil van de mens.

De vraag naar het belang van arbeid voor het psychisch welzijn is echter veel ruimer dan de vraag naar het belang van prestatiemotivatie. Er werd recent veel onderzoek verricht over het verband tussen verschillende types van werk en psychische gezondheid, en vooral over de invloed van werkloosheid op het affectief welbevinden. Globaal genomen blijken de effecten van – vooral langdurige – werkloosheid overwegend schadelijk voor de psychische gezondheid (Warr, 1987). Daaruit volgt dus dat uitsluiting uit het arbeidsproces (*social exclusion*) psychisch onwelzijn veroorzaakt, mensen ongelukkig maakt. Hier raakt het psychologische standpunt over verplichte volledige werkgelegenheid het ethische: uitsluiting is onethisch, want schadelijk voor de mens.

"De vraag naar het belang van arbeid voor het psychisch welzijn is veel ruimer dan de vraag naar het belang van prestatiemotivatie." Het verband tussen werk en psychische gezondheid: werkloosheid blijkt schadelijk te zijn.

Dat psychologische standpunt moet uiteraard onderbouwd, verantwoord en genuanceerd worden. Onderzoekers hebben nagegaan welk soort arbeid psychisch bevorderlijk of schadelijk is, onder welke omstandigheden en voor welk soort mensen (De Witte, 1993). Een overzicht van de resultaten van die studies kan niet in deze context. Wij zullen ons daarom beperken tot de bespreking van enkele hoofdlijnen, zonder nader in te gaan op de empirische bewijsvoering. Wij geven er ons rekenschap van dat vele beweringen nog steeds hypothetisch zijn en dat onderzoeksresultaten ook wel eens tegenstrijdig zijn. Bovendien verandert de aard van het werk en van de werkorganisatie zeer snel onder invloed van nieuwe technologieën. De *information society* is in aantocht. Daaruit volgt dat inzichten over de invloed van de aard van het werk op de mentale gezondheid voortdurend moeten worden aangevuld en herzien. Zo is er nu veel aandacht voor de invloed van informatisering en het werken met beeldschermen (Warr, 1987). Nu de fysiek inspannende arbeid aan belang heeft ingeboet, verschuift de aandacht naar de mentale belasting.

Vooraleer onderzoek te bespreken over de invloed van werk op de psychische gezondheid, besteden we eerst aandacht aan het onderscheid tussen twee soorten arbeid, want dit rechtvaardigt het op het eerste gezicht bevreemdend onderscheid in de titel van deze

conferentie: het onderscheid tussen arbeid en werk. Die dubbele vermelding lijkt wel een tautologie.

2. De zin van routinearbeid en van creatief werk

2.1. Evolutie van een negatieve naar een positieve waardering van betaalde arbeid in het wetenschappelijk onderzoek

Evolutie in de appreciatie van arbeid in de wetenschappelijke publicaties: van negatief (marxistisch) naar positief (werk is schaars en dus aantrekkelijk)

Er heeft zich een opmerkelijke evolutie voorgedaan in de appreciatie van menselijke arbeid in de wetenschappelijke publicaties van vóór de jaren zeventig en die van erna. In de vroegere publicaties werd vooral de schadelijke invloed van arbeid belicht. Die pessimistische of negatieve benadering werd sterk beïnvloed door het marxistische discours, waarin de aliënatie van de werknemer die zijn arbeid verkoopt, centraal staat. De arbeider wordt uitgebuit door de bezitter van de productiemiddelen. In het licht van die literatuur is arbeid een vloek, geen zegen. De arbeiders worden uitgebuit en afgestompt door uitputtende, zinloze en repetitieve taken. Het prototype of de karikatuur van dit soort arbeid is Charlie Chaplin aan de lopende band in Modern Times. Met steeds weer dezelfde beweging schroeft hij moeren vast; hij wordt zo geconditioneerd door dit automatisme dat hij de knopen gaat bewerken aan het jasje van een voorbijwandelende secretaresse.

Vanaf het eind van de jaren zeventig kwam er een belangrijke verschuiving. Nu worden veel meer de positieve aspecten van arbeid belicht, krijgt het belang van werk voor het menselijk welzijn aandacht. Deze verschuiving wordt volgens Marie Jahoda (Jahoda, 1979) mede veroorzaakt door de crisis in de werkgelegenheid. Na de oliecrisis van 1974 wordt het immers geleidelijk aan duidelijk dat er niet voldoende werk meer is voor iedereen en geeft men zich geleidelijk aan meer rekenschap van het structurele karakter van de werkloosheid. Dat stucturele of onomkeerbare tekort aan werkplaatsen wordt vooral scherp ervaren wanneer mannen hun werk gaan verliezen en – recent – ook kaderleden worden afgedankt. Het feit dat werk een schaars goed geworden is, maakt het aantrekkelijker. Wie zijn werk verliest, gaat beseffen hoeveel dat werk in zijn leven betekende. Wanneer mensen met voorheen aantrekkelijke jobs naar ander werk moeten uitkijken, treedt de charme van het aantrekkelijke werk nog meer op de voorgrond.

Moeten wij daaruit besluiten dat de evaluatie van arbeid als vloek of zegen afhangt van de tijdgeest en dus vooral ideologisch gekleurd is? Niet helemaal. Zowel de neomarxistische sociologen als de hedendaagse sociale wetenschappers belichten belangrijke aspecten van de zin van arbeid, maar zij verwijzen daarbij wel naar verschillende soorten arbeid: er is enerzijds het overwegend afstompende routinewerk van de ongeschoolde arbeider en anderzijds het meer gevarieerde werk van de hooggekwalificeerde en van het leidinggevende kaderlid.

2.2. Het onderscheid tussen routinearbeid en creatief werk

De Amerikaanse filosofe Hannah Arendt beschouwt het onderscheid tussen routineuze en creatieve bezigheden als fundamenteel bij het denken over arbeid (Arendt, 1958).

Hannah Arendt: arbeid al routineus perpetuum mobile, tegenover werk dat initiatief, inspiratie er creativiteit vereist

Een job die bestaat uit kort-cyclische repetitieve handelingen, omschrijft zij als *arbeid*. Arbeid leidt niet tot een eindproduct, maar begint steeds weer van voren af aan, het is één perpetuum mobile. Het prototype van arbeid is het werk aan de lopende band. Ook de dactylo die steeds weer hetzelfde type brieven overtypt, verricht arbeid en dat geldt eveneens voor de administratieve kracht die eindeloze reeksen cijfercodes invoert in een computerbestand. Heel wat huishoudelijk werk bestaat uit routinearbeid: telkens weer opnieuw de tafel dekken, opruimen, afwassen... Die arbeid wordt vlug eentonig en wordt ervaren als zinloos, want doelloos. Men kan er niets van zichzelf in leggen. Het maakt geen verschil uit wie het doet, want iedereen kan het. Het fysiek uitputtende, ongezonde en gevaarlijke werk heeft doorgaans een routinematig karakter: stenen sjouwen op een bouwwerf, kolen laden in de mijn. De kritiek van de neomarxistische sociologen heeft vooral betrekking op dat type van arbeid.

De term *werk* reserveert Hannah Arendt voor creatieve bezigheden. Bij werk gaat het om een opdracht waarin men zelf gestalte moet geven aan een eindproduct. Werk vereist initiatief, inspiratie en originaliteit. Het prototype van werk is de artistieke creatie waarin de kunstenaar volkomen autonoom een beeldhouwwerk of een roman produceert. Ook de activiteiten van wetenschappers, ambachtslui en leidinggevenden leiden tot eindproducten waar de maker zijn eigen stempel op drukt: mijn werkstuk, publicatie, rapport, project. Het werk is gepersonaliseerd: de individuele mens is erin herkenbaar en identificeerbaar. Het diensthoofd zet zijn naam onder de brief met instructies, maar de secretaresse die de brief typt, blijft anoniem. Alleen voor onbelangrijke brieven tekent zij 'in opdracht'. Creatief werk is aantrekkelijk omdat de werker er zich in kan ontplooien. Hij krijgt ook feedback over het resultaat: als het

"Dat verschil in aard tussen leidinggevend en uitvoerend werk verklaart de verschillen in houding tussen kaderleden en arbeiders of lagere bedienden."

goed gelukt is, wordt het geapprecieerd. Routinewerk daarentegen lokt alleen sancties uit als het niet goed gedaan is.

Dat verschil in aard tussen leidinggevend en uitvoerend werk verklaart verschillen in houding tussen kaderleden en arbeiders of lagere bedienden. Het verklaart ook het onbegrip van vele bazen ten aanzien van de werkhouding van hun ondergeschikten. Vele werkgevers beklagen er zich over dat hun arbeiders en lagere bedienden alleen 'hun uurtjes kloppen' en vooral werken voor het geld. Zijzelf, de bazen, blijven daarentegen doorwerken zonder naar de klok te kijken als een zaak moet worden afgewerkt. De chef ziet zichzelf dan ook als iemand die een verheven arbeidsethos in praktijk brengt. Zijn werknemers daartegen zijn 'plantrekkers' die genoegen nemen met een minimum aan engagement. Waar hij zich echter geen rekenschap van geeft, is dat hij werk verricht en zij arbeid.

2.3. De dosering van creatief werk en routinearbeid bij hogere en lagere functies

Nuancering: "Routine wordt niet uitsluitend negatief beleefd, maar kan ook voldoening geven. Creatief werk geeft niet alleen voldoening, maar kan ook een bron zijn van spanning en onzekerheid."

Het geschetste zwart-witonderscheid tussen werk en arbeid moet genuanceerd worden. Het klopt niet dat het diensthoofd alleen werk verricht en zijn administratief personeel alleen arbeid. Het diensthoofd verricht proportioneel meer creatief werk, maar heeft ook routinetaken; zijn secretaris verricht proportioneel meer routine, maar is ook creatief bezig.

Er dient nog een tweede nuancering aan toegevoegd: routine wordt niet uitsluitend negatief beleefd, maar kan ook voldoening geven. Creatief werk geeft niet alleen voldoening, maar kan ook een bron zijn van spanning en onzekerheid.

Dat diensthoofden ook belast worden met routine, blijkt uit hun klachten over de papierenrompslomp die te weinig tijd overlaat voor het echt belangrijke (lees: creatieve) werk.

Uit onderzoek over de humanisering van arbeid blijkt dat arbeiders een zeer belangrijke bijdrage kunnen leveren bij de organisatie van de invoering van bijvoorbeeld computergestuurde werksystemen (Corbett e.a., 1991, 12-15). Die benadering wordt omschreven als de antropocentrische methode, de *human centered approach*. Arbeiders zijn immers geen blinde uitvoerders, maar ontwikkelen een eigen knowhow om hun uitvoerend werk efficiënter en gevarieerder te maken. Mensen voeren nooit honderd procent uit, dat doen alleen machines.

Routine is ook niet zonder meer belastend of afstompend. Arbeiders die hun routines goed beheersen, kunnen hun werk combineren met het beluisteren van hun geliefkoosde radioprogramma. Dat is niet het geval bij het aanleren van de routinehandelingen. Dat vereist meestal een intense mentale en psychomotorische inspanning, maar als de routine eenmaal verworven is, wordt het potentieel niet meer volledig gemobiliseerd. Op die wijze creëert routine ruimte voor parallelle bezigheden.

Creatief werk legt daarentegen doorgaans volledig beslag op de mens. Creatieve opgaven zijn uitdagingen waarvan de uitkomsten onvoorspelbaar zijn. Men voelt zich bij dergelijke opgaven dan ook wel eens gespannen, soms onzeker en gefrustreerd. Van leidinggevenden wordt verwacht dat zij initiatieven nemen, maar zij worden ook verantwoordelijk gesteld voor die initiatieven. Verantwoordelijkheden zijn een belangrijke bron van spanning. Projecten en creatieve opdrachten kunnen ook wel eens mislukken, niet beantwoorden aan de verwachtingen en dan vormen zij een bron van schaamte en schuldgevoel.

In het beleid met betrekking tot humanisering van de arbeid bestaat er een consensus dat de dosering creatief werk op de hiërarchisch lagere niveaus verhoogd moet worden. Dat gebeurt door jobverruiming, jobverrijking, responsabilisering of *empowerment*. Dat vindt nu vooral plaats voor de kwaliteitscontrole. Vroeger werd die opgedragen aan een supervisor. In kwaliteitscirkels nemen de werkteams nu zelf de verantwoordelijkheid op zich voor kwaliteit.

Te weinig routine bij leidinggevenden?

Terwijl de proportie van de creativiteit verhoogt bij de uitvoerders, zijn er geen aanwijzingen voor een compenserende verhoging van de proportie van de routine bij leidinggevenden, integendeel. Staffuncties worden systematisch gezuiverd van routine. Routine in staffuncties is immers in strijd met het principe van de efficiëntie. "Die mensen worden te veel betaald om hen nog routinewerk te laten doen," luidt het. Toch kan een routineklus een welkome afwisseling brengen, bijvoorbeeld even onderbreken om enkele fotokopieën te gaan nemen, op een moment dat het minder goed vlot met het schrijven van een artikel. Omwille van de rationalisatie en de efficiëntie worden dus steeds hogere eisen gesteld aan het management, dat continu inventief moet zijn en voorbereid op nieuwe uitdagingen. Het is daarom niet verwonderlijk dat het aanbod van programma's voor stressmanagement snel uitbreiding neemt. Bedrijfsconsultants hebben ontdekt dat er een markt is bij de doelgroep van uitgebluste of opgebrande (*burnt-out*) managers.

2.4. De robotisering van de routine en de marginalisering van de laaggeschoolde

Minder routine.
Een positieve evolutie met een keerzijde: meer laaggekwalificeerde werklozen

Routinetaken worden nu in versneld tempo overgenomen door computergestuurde robotten. Daaruit volgt dat er steeds meer geproduceerd wordt door steeds minder mensen. Binnen functies vermindert bovendien het aandeel van de routine. Door onderzoek werd wel aangetoond dat die transformatie blijkbaar trager verloopt dan gedacht, maar dat neemt niet weg dat zij onverbiddelijk vordert: het is een (tijdelijk) uitgestelde of wat vertraagde transformatie (Huys e.a., 1995).

Vanuit het standpunt van de prioriteit van zinvol werk boven routinearbeid is dat een zeer positieve evolutie. De arbeid wordt gehumaniseerd doordat machines de domme, kort-cyclische repetitieve handelingen van de mens overnemen. In de huidige bedrijven is er voor een moeren aanschroevende Charlie Chaplin geen plaats meer. En er is méér: ook het ongezonde, gevaarlijke en fysiek inspannende werk wordt nu grotendeels overgenomen door machines.

Er is echter ook een keerzijde aan die medaille: het volume werk vermindert en daardoor vermeerdert het aantal werklozen. Daar werd al veel over geschreven. Ik beperk mij hier tot één meer psychologische reflexie. Het risico om werkloos te worden is zeer ongelijk verdeeld over de beroepsklassen en onderwijsniveaus. Dat blijkt overtuigend uit de statistische informatie in de bijdrage van Jan Bundervoet: hoe minder gekwalificeerd, des te hoger de kans om werkloos te worden en het te blijven. Om dat probleem op te vangen worden maatregelen genomen die de kwalificaties moeten verhogen. Dat gebeurt door de verlenging van de leerplicht, door bijscholings- en omscholingsprogramma's, door permanente educatie of *life-long learning*. Zoals de andere rijke Europese landen moet ook Vlaanderen de competitie aangaan door optimaal gebruik te maken van zijn grijze hersencellen als grondstof. Alleen op die wijze kunnen wij competitief aan de top blijven en de rest van de wereld achter ons laten.

Opleidingen die niet leiden tot werkgelegenheid: vragen bij de beroepsopleidingen

Dat eenzijdige, competitieve vrije-marktdiscours is niet alleen weinig geloofwaardig, maar ook beangstigend. Niemand zal betwisten dat een aangepaste permanente beroepsopleiding noodzakelijk is. Maar het is een illusie daar alle heil van te verwachten. Wanneer de overheid de werkgelegenheidscrisis wil oplossen door alles te zetten op een verhoging van de kwalificaties, bezondigt zij zich aan struisvogelpolitiek. Nu reeds worden immers al veel mensen opgeleid voor jobs die er niet of in onvoldoende mate zijn. Duizenden mensen worden voorbereid op een opdracht die nooit wordt uitgevoerd, en die mensen voelen zich beetgenomen. De problematiek van opleidingen die niet leiden tot werkgelegenheid, werd onlangs aan de orde gesteld door de conclusies van een recente gedetailleerde studie over het rendement van een begeleidingsplan voor langdurig werklozen. De studie werd verricht door de Rijksdienst voor Arbeidsbemiddeling (RVA). Ik citeer een van de conclusies: "Het begeleidingsplan voor langdurig werklozen biedt hen steeds minder bijkomende kansen op een baan. Sinds 1993 kwamen 257.000 langdurig werklozen in aanmerking voor individuele begeleiding-op-maat, maar dat leverde minder dan 5 procent onder hen – of 13.000 werklozen – een job op. Dat is nauwelijks méér dan bij langdurig werklozen die – zonder extra begeleiding – zelf op zoek gingen naar werk: bij hen vond ruim 3 procent werk." Wat is het begeleidingsplan? Alle werklozen die langer dan tien maanden zonder baan zitten, geen diploma hoger of middelbaar onderwijs hebben en jonger zijn dan 46 jaar, komen sinds begin 1993 in aanmerking voor gerichte hulpverlening. Het gaat vooral om gerichte sollicitaties of inschrijving voor speciale beroepsopleiding. In zijn commentaar vermeldt de journalist dat die slechte cijfers verzet oproepen tegen het 2,3 miljard kostende begeleidingsplan (Rasking, 1996, p. 2).

De verklaring van die mislukking is uiteraard complex, maar het toont duidelijk dat beroepsopleiding geen toverformule is. In dit geval werd echt werk gemaakt van een intensieve en aangepaste begeleiding en beroepsopleiding. Waarom heeft het dan toch gefaald? Ik meen, in de eerste plaats, omdat er grenzen zijn aan de opleidbaarheid van mensen. De capaciteiten tot leren zijn nu eenmaal ongelijk verdeeld en de lat van de beroepseisen wordt steeds hoger gelegd. Wie moeilijk leert, valt dan ook het eerst uit de boot.

"De capaciteiten tot leren zijn nu eenmaal ongelijk verdeeld en de lat van de beroepseisen wordt steeds hoger gelegd. Wie moeilijk leert, valt dan ook het eerst uit de boot."

Psychologisch onderzoek heeft aangetoond dat bijna alle belangrijke psychologische disposities normaal verdeeld zijn in de populatie. Dat is bijvoorbeeld het geval voor taalvaardigheid en ruimtelijk inzicht, maar evenzeer voor sociabiliteit en prestatiemotivatie. Dat geldt ook voor intelligentie, gedefinieerd als de vaardigheid tot inzichtelijk leren. 'Normale verdeling' betekent dat de verdeling van het aantal leden van de populatie over de verschillende gradaties van een dispositie beantwoordt aan een verdeling volgens de curve van Gauss. Wat daarmee bedoeld wordt, kan veel beter worden weergegeven door een figuur dan door een beschrijving in woorden.

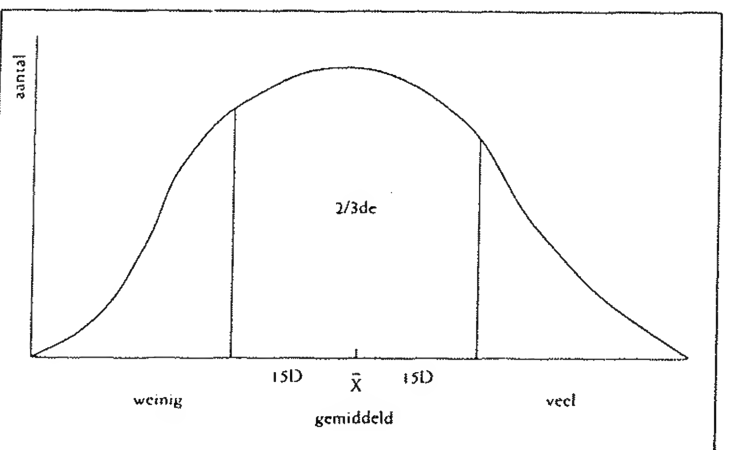


Fig. 1: de verdeling van psychologische disposities over de populatie

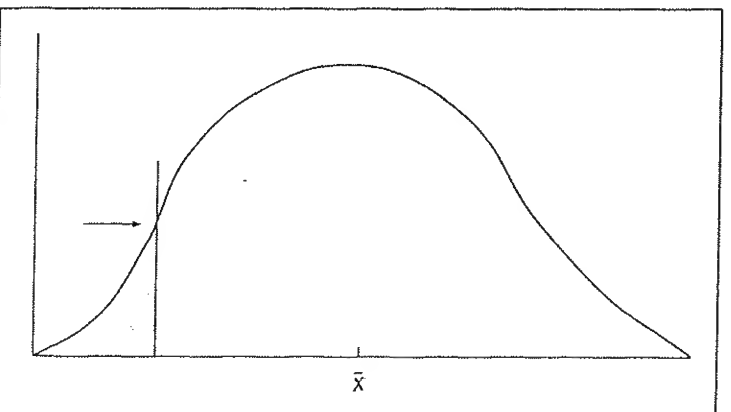


Fig. 2: verschuiving van de geschiktheidslimiet

Uit figuur 1 blijkt dat ongeveer twee derde van de populatie van bijvoorbeeld de actieve Vlaamse bevolking (18- tot 65-jarige mannen en vrouwen) gemiddeld intelligent is. De groep links van het gearceerde gedeelte is matig intelligent en de groep rechts ervan zeer intelligent. De mensen verschillen in intelligentie, maar zij zijn allen normaal begaafd. Zwakbegaafden of mentaal gehandicapten worden hier niet bijgerekend. Wanneer wij het principe van recht op werk in de praktijk willen brengen, hebben al die mensen recht op werk. Vroeger, toen volledige werkgelegenheid nog evident was, gebeurde dat ook: ieder kreeg of zocht werk op zijn (haar) niveau. Wie over minder intellectuele mogelijkheden beschikte, verrichtte dan ongekwalificeerd of laaggekwalificeerd werk, werk met een ruime proportie van routine. Maar aangezien veel routine nu wordt overgenomen door machines, zijn het vooral die laaggekwalificeerden die zonder werk vallen. Door de robotisering werd de normale verdeling dus vervalst: de schaal wordt ingekort doordat de lage schaalwaarden worden afgesneden. En naarmate de automatisering toeneemt, verschuift de grens verder naar rechts en wordt het gearceerde gedeelte groter. Wij illustreren dit met de figuur 2.

Het gearceerde gedeelte toont het aantal mensen dat onbruikbaar geworden is. Hiermee hebben wij aangetoond hoe door het opvoeren van de eisen mensen die vroeger normaal begaafd waren, nu sociaal gedefinieerd worden als abnormaal, in de betekenis van: niet meer geschikt voor het werk dat nu wordt aangeboden. Zij horen niet meer thuis in onze gesofistikeerde wereld. Die vorm van sociale uitsluiting is ethisch en psychologisch onaanvaardbaar en het gevolg van een eenzijdige en mensonvriendelijke benadering van de werkgelegenheid. Men gaat ervan uit dat mensen zich steeds weer moeten aanpassen aan werk, en niet – of nauwelijks – dat het werk ook kan worden aangepast aan de mens. De opleidingsspiraal wordt verklaard doordat wij de wereld steeds maar ingewikkelder maken en de mensen daarom doorlopend moeten bijscholen om in die wereld te kunnen overleven. Die logica moet worden omgekeerd. Er moeten werksituaties aangeboden of gecreëerd worden op mensenmaat, geschikt voor de mensen links onder de curve van Gauss. Die curve zou moeten fungeren als een beschuttende koepel die geborgenheid biedt aan allen en niemand uitsluit.

"Mensen die vroeger normaal begaafd waren, worden nu sociaal gedefinieerd als abnormaal, in de betekenis van: niet meer geschikt voor het werk dat nu wordt aangeboden."

Een dergelijk ethisch gemotiveerd standpunt komt rechtstreeks in aanvaring met standpunten die vooral steunen op de principes van technische rationaliteit en economische competitie: *the survival of the fittest*.

Ethiek versus technische rationaliteit en economische competitie

Om dit te illustreren beschrijf ik een standpunt dat lijnrecht ingaat tegen dit van Hansenne, dat ik besprak in het begin. De bijdrage verscheen op 10 november 1996 in De Standaard onder de titel *(Volledige) Tewerkstelling, een hardnekkig vooroordeel* (De Ceuster, 1996). De auteur houdt er een pleidooi ten gunste van sociale uitsluiting van de minder gekwalificeerden. Naar zijn mening is zijn standpunt vrij van ideologische vooringenomenheid en steunt het op de interne logica van de internationale markt. Voorstanders van volledige werkgelegenheid daarentegen zijn volgens hem ideologisch vooringenomen en klampen zich vast aan een utopisch verleden. Ik licht dat standpunt toe met enkele citaten: "Door te blijven stellen dat de

integratie van werklozen alleen maar gebeurt door hen weer op te nemen in het arbeidsproces, versterkt men de idee dat werken 'normaal' is en werkloosheid niet. (...) Intussen weet men dat de enige manier om de mundiale concurrentieslag niet te verliezen, erin bestaat om in het westen een kenniseconomie te ontwikkelen die hoogwaardige technologieën gebruikt om producten met een hoge meerwaarde aan te bieden." De auteur zet zijn redenering verder met: "Een kenniseconomie is niet arbeidsintensief (...) en heeft alleen behoefte aan hooggekwalificeerde medewerkers." Hij besluit: "Wellicht ware het (ook) zinvoller om, in alle openheid en wars van elke ideologische vooringenomenheid, te onderzoeken hoe de werkloze maatschappelijk geïntegreerd kan worden buiten het arbeidsproces om." Zijn oplossing: "Iedereen weet dat er inzake collectieve dienstverlening een gigantisch aantal onvervulde behoeften bestaat, waarvoor niet noodzakelijk hooggeschoolde arbeid is vereist. Wie vindt dat een veralgemening van maatschappelijke dienstverlening door werklozen ethisch niet kan, hanteert een moraliteitsbegrip dat niet meer is aangepast aan de economische en demografische realiteit."

De auteur komt dus tot de conclusie: wij hebben mensen op overschot die wij nuttig mogen bezighouden, maar die wij niet moeten tewerkstellen. Hij verantwoordt echter niet waarom die collectieve dienstverlening niet vervuld kan worden door betaalde arbeid. Is die dienstverlening dan minderwaardig?

3. AAN WELKE BEHOEFTEN VOLDOET PROFESSIONEEL WERK?

Aan welke behoeften voldoet werk? Het belang van het antwoord hierop

Inzicht in de behoeften waaraan werk voldoet, is om twee redenen belangrijk. In de eerste plaats kunnen op basis van dat inzicht kenmerken van het aangeboden werk en van de werksituatie gewijzigd worden opdat het werk beter beantwoordt aan basisbehoeften: zo kan eentonig werk meer afwisselend worden gemaakt. Die aanpassing van het werk aan de mens is de opdracht van de ergonomie.

Vervolgens is een dergelijk inzicht ook belangrijk om richtlijnen uit te werken voor een aangepast beleid inzake de opvang van werkloosheid en voor de organisatie van een aangepaste werkgelegenheid. Er is de vraag naar prioriteiten wanneer volledige werkgelegenheid niet realiseerbaar blijkt. Welk type van werklozen lijdt het meest onder hun werkloosheid: jongeren, ouderen, mannen of vrouwen? Welke types van herverdeling van werk en van deregulering zijn het meest geschikt voor welke categorie van mensen? Wat is bijvoorbeeld de impact op het persoonlijk leven en op het gezinsleven van verschillende systemen van ploegenarbeid, deeltijds werk, educatief verlof? Kunnen de basisnoden waar betaald werk aan voldoet, worden opgevangen door andere vormen van werk: huishoudelijk werk, vrijwilligerswerk?

Wij zullen hier vooral aandacht besteden aan de vraag naar de beleidsimplicaties, omdat die de meest algemene is en aansluit bij de controverse rond verplichte werkgelegenheid.

De Britse sociaal-psychologe Mary Jahoda bestudeerde de psychosociale gevolgen van de werkloosheid na de economische crisis van de jaren dertig en in de huidige crisis sinds de jaren tachtig (Jahoda, 1979). Die studie bracht haar op het spoor van de basisbehoeften waaraan professioneel werk voldoet. Zij maakt een onderscheid tussen manifeste en latente noden. Wij lieten ons inspireren door haar inzichten (Lagrou, 1986, 1996).

3.1. Manifeste functies van betaalde arbeid

Met functie wordt hier bedoeld: noden waaraan arbeid kan of moet voldoen. Of dit gebeurt en in welke mate, varieert uiteraard en is afhankelijk van de aard van het werk en van kenmerken van de werknemer, bijvoorbeeld van zijn verwachtingen en vooropleiding.

Manifeste functies zijn evident. Het zijn de extrinsieke, instrumentele functies waarbij werk eerder ervaren wordt als een middel dan als een doel op zich. Wij onderscheiden twee manifeste functies die telkens verwijzen naar een veelheid van behoeften: (1) de nood aan een behoorlijk inkomen, in ruil voor (2) een redelijke inspanning in optimale werkomstandigheden. De vakbonden concentreren hun inspanningen vooral op dat soort noden. Dat is in de eerste plaats het geval voor loononderhandelingen: bij ons werd in het najaar van 1996 onderhandeld over de maximale loonsverhoging in de volgende twee jaar: de werkgevers stelden 6,1% voor, de vakbonden eisten minimaal 6,5%. De Franse truckers eisten in dezelfde periode een onmiddellijke loonsverhoging van minstens 10%, de werkgevers wilden niet verder gaan dan 1%.

Werk als middel: de vervulling van de nood aan een behoorlijk inkomen in ruil voor een redelijke inspanning in optimale werkomstandigheden

Er wordt ook onderhandeld over arbeidsvoorwaarden: het aantal werkuren en vakantiedagen, het arbeidscontract of de werkzekerheid, de rustpauzes, het werkritme en zo meer. Voor de meeste mensen, en vooral voor de laaggeschoolden, lijkt dat het belangrijkste: zij willen het materieel goed hebben binnen en buiten de werksituatie; daarvoor werken zij en voor niets anders. Het is echter pas als zij hun werk verliezen dat het bij hen doordringt dat werk veel meer betekent dan alleen dat.

"Als het alleen om het instrumentele of materiële ging, zou een behoorlijke werkloosheidsuitkering volledig als substituut kunnen dienen voor slechtbetaald en zwaar of ongezond werk."

De latente noden: moeilijker meetbaar, voor vakbonden moeilijker hard te maken

Als het alleen om het instrumentele of materiële ging, zou een behoorlijke werkloosheidsuitkering volledig als substituut kunnen dienen voor slechtbetaald en zwaar of ongezond werk: beter comfortabel thuis bij de kachel, met een behoorlijke werkloosheidsvergoeding, dan voor een karig loon in de bijtende koude putten te moeten vullen in het wegdek. Daarom ijveren werkgevers die dergelijk werk aanbieden ervoor de werkloosheidsvergoedingen laag te houden en ze eventueel na een aantal maanden af te schaffen. Anders wordt, behalve in de migrantenpopulatie, niemand nog bereid gevonden om dat soort werk te doen.

3.2. Latente functies van betaalde arbeid

Minder voor de hand liggend, maar daarom niet minder belangrijk zijn de latente, immateriële noden. Zij zijn moeilijker observeerbaar, meetbaar en kwantificeerbaar dan de manifeste. Onderzoekers komen deze noden vooral op het spoor door de studie van de betekenis van werk voor werklozen. Ze kunnen in vier categorieën worden ondergebracht: de nood aan zelfrealisatie, vriendschap, waardering en zingeving. Dit kwartet staat niet los van elkaar. Het geheel van de vier noden brengt het netwerk in beeld waar men deel van uitmaakt bij het verrichten van bezoldigde arbeid. Het is de kwaliteit van die relaties die vooral zin geeft aan het werk.

LATENTE FUNCTIE	COMPONENT	EFFECT
Zelfrealisatie	De taak	Zelfvertrouwen
Sociaal contact	Het team	Sociale steun
Sociale identiteit	De organisatie	Status
Zinvol levensproject	De samenleving	Invloed

Fig. 3: latente functies van arbeid als netwerk van zingevende relaties

Sedert de jaren tachtig pogen de vakbonden hun aanbod van belangenbehartiging te verruimen. Naast de gebruikelijke kwantitatieve noden (lonen en werkuren) willen zij ook aandacht besteden aan wat zij omschrijven als kwalitatieve noden, die verwijzen naar latente functies van werk. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de bestrijding van ongewenste intimiteiten op het werk (misbruik van vriendschap en/of positie). Dat is ook het geval voor klachten over gespannen menselijke verhoudingen, bijvoorbeeld over de kleinerende autoritaire houding van de chef tegenover zijn ondergeschikten.

Het blijkt veel moeilijker om die latente kwalitatieve eisen hard te maken dan de manifeste kwantitatieve.

Het zijn deze vier kwalitatieve noden die in de volgende bladzijden worden toegelicht.

MANIFESTE FUNCTIES

De behoefte aan inkomen
(een behoorlijke levensstandaard voor zichzelf en de zijnen)
De behoefte aan psychisch en fysiek comfort
(gunstige arbeidsomstandigheden)

LATENTE FUNCTIES

De behoefte aan zelfrealisatie
(zich kunnen uitleven in zijn taak)
De behoefte aan vriendschap
(kunnen rekenen op collega's)
De behoefte aan waardering
(gevaloriseerd worden door zijn meerderen)
De behoefte aan zingeving
(bijdragen tot het welzijn van anderen)

Fig. 4: basisnoden waaraan manifeste en latente functies van werk beantwoorden

3.2.1. *Nood aan zelfrealisatie*

Mensen beschikken over fysieke en psychische mogelijkheden die zoveel mogelijk geactualiseerd moeten worden. Mogelijkheden waar geen gebruik van wordt gemaakt, verkommeren of verstoren het psychisch evenwicht. Zo hebben wij nood aan gevarieerde beweging, aan het gebruik van fysieke kracht, aan een variëteit van zintuiglijke stimulansen. Dat geldt uiteraard ook voor psychische disposities: allerhande vormen van creativiteit en intuïtie, van inzicht, kennis en vaardigheden. Zowel fysieke als psychische mogelijkheden worden ontwikkeld door opvoeding, scholing, opleiding en vorming, opdat die in het volwassen leven tot volle ontplooiing kunnen komen.

In die vormingsinspanning neemt de *professionele opleiding* een belangrijke plaats in. Door het aanbod van professioneel passend werk wordt gespecialiseerde professionele vorming gevaloriseerd en meteen ook de creativiteit, het inzicht, de kennis en de vaardigheden die verband houden met die specifieke taak, in de context van die positie en in dat bedrijf.

Werk kan vanzelfsprekend ook *algemene mogelijkheden valoriseren*,

"Wanneer onze samenleving alleen aan een beperkte groep van hooggekwalificeerden in welbepaalde specialismen werk kan aanbieden, dan moet het hele onderwijssysteem, en vooral de beroepsopleiding, grondig worden herzien."

bijvoorbeeld taalvaardigheid. Die worden vooral ontwikkeld door wat men 'algemene vorming' noemt. Dat is echter niet eigen aan professioneel werk, maar geldt evenzeer – en meestal zelfs meer – voor het vrijwilligerswerk, en vooral voor vrijetijdsbesteding op sportief of cultureel gebied.

Professionele vorming wordt echter alleen gevaloriseerd door gepast professioneel werk. Reflexie over de nood aan zelfrealisatie in het werk confronteert ons met de implicaties daarvan. Wanneer onze samenleving alleen aan een beperkte groep van hooggekwalificeerden in welbepaalde specialismen werk kan aanbieden, dan moet het hele onderwijssysteem, en vooral de beroepsopleiding, grondig worden herzien. Het is immers absurd en onhoudbaar op grote schaal hooggespecialiseerde professionals op te leiden van wie een groot deel later geen werk vindt dat aansluit bij hun professionele opleiding. Wanneer volledige werkgelegenheid utopisch blijkt, moet er veel meer worden geïnvesteerd in opleiding en vorming voor niet-professioneel werk: vrije tijd, cultuur, sport. Dan is er dus nood aan minder gespecialiseerde en meer algemene vorming.

Wij gaan echter duidelijk een andere weg op. Het zou mij dan ook niet verwonderen als we over enkele jaren rode protestmarsen krijgen van gefrustreerde verkeerd-opgeleiden die geschikt werk eisen voor henzelf en een geschikte opleiding voor hun kinderen.

3.2.2. *Nood aan vriendschap*

De werkkring als bron van sociale contacten en dus van psychische gezondheid

De werkkring is een bron van sociale contacten binnen en buiten het werk. Deze contacten zijn niet alleen functioneel en zakelijk, maar vereisen ook een goede verstandhouding. Die verstandhouding kan uitgroeien tot vriendschap. Vriendschap op het werk noemt men collegialiteit.

Collega's werken in teamverband omdat zij mekaar nodig hebben om gezamenlijke projecten en opdrachten tot een goed einde te brengen. De optimale benutting van de competentie en de steun van de leden van een werkteam is de centrale doelstelling van het moderne *human resources management*. Naarmate het geïsoleerde routinewerk meer wordt overgenomen door machines, worden overleg en creatief samenwerken met partners belangrijker.

De kwaliteit van de relaties binnen de werkkring is vooral belangrijk voor mensen die daarbuiten weinig sociale contacten hebben, of die sociaal geïsoleerd of ontworteld zijn. De werkkring kan aldus een compensatie bieden voor de vereenzaming in onze samenleving. Die vereenzaming neemt toe omdat natuurlijke of primaire leefgemeenschappen afbrokkelen. Door de toenemende mobiliteit van mensen en door het groter aantal echtscheidingen vermindert de sociale steun die mensen krijgen van gezinsleden, familie en buren. Die sociale steun wordt in het huidig psychologisch onderzoek beschouwd als een zeer belangrijke factor voor de psychische gezondheid, zowel binnen als buiten de werkkring.

3.2.3. *Nood aan waardering*

Het belang van het werk voor het zelfwaardegevoel. "Mensen die werkloos zijn hebben dan ook geen sociale identiteit. Zij zijn sociaal niemand. Daarom vermijden werklozen het ook ervoor uit te komen dat zij werkloos zijn. Zij schamen zich daarover."

Het werk en de maatschappelijke positie die men daardoor bekleedt, zijn belangrijk voor het identiteitsbesef, het besef iemand te zijn. Als mensen zich aan vreemden voorstellen, zeggen zij niet alleen hun naam – hun persoonlijke identiteit – maar dikwijls ook die van het bedrijf waar zij werken én hun positie in dat bedrijf: dat is hun sociale identiteit. Onze sociale identiteit wordt bepaald door de sociale groepen of categorieën waarmee wij ons identificeren. En wij identificeren ons met groepen die wij ervaren als belangrijk voor wie wij zijn. Zo zijn er mensen die er graag voor uitkomen West-Vlaming te zijn, naast diensthoofd in bedrijf X.

Mensen die werkloos zijn hebben dan ook geen sociale identiteit. Zij zijn sociaal niemand. Daarom vermijden werklozen het ook ervoor uit te komen dat zij werkloos zijn. Zij schamen zich daarover. Dat verklaart wellicht mede waarom er geen massale protestbeweging op gang komt van werklozen, of waarom werklozen geen politieke partij oprichten. Mensen willen zich immers niet identificeren met een sociale categorie met een negatieve reputatie. Dat geldt niet alleen voor werklozen, maar bijvoorbeeld ook voor ex-gevangenen of ex-psychiatrische patiënten. Dat zijn categorieën waar je beter niet bijhoort als je respect wil afdwingen.

De waardering of het sociaal prestige dat men geniet, neemt toe met het belang van de positie die men bekleedt in de hiërarchie van de organisatie. Kleinere of horizontaal gestructureerde organisaties zijn geneigd de titulatuur voor leidinggevenden ruim te interpreteren, zodat zoveel mogelijk mensen zich gevaloriseerd voelen. De laagste rang wordt dan die van 'assistant-manager'. Men geeft daarbij ook de voorkeur aan het Engels, want dat verhoogt het prestige.

We mogen echter het belang niet onderschatten van identificatie met het werk voor het zelfwaardegevoel van de werknemers met een lage hiërarchische positie: voor de ongeschoolde arbeiders en lagere bedienden. Dat blijkt uit onderzoek over de effecten van bedrijfssluitingen en collectieve afdankingen. Daarin komt tot uiting dat ook de gewone werknemers zich identificeren met hun bedrijf. Dat is des te meer het geval naarmate zij er langer werken. Het

einde van het bedrijf ervaren velen als het einde van een stuk van henzelf. "Met de Boelwerf verdween voor mij een stuk leven dat mij dierbaar was." Bedrijfssluitingen zijn vooral stuitend als zij het gevolg zijn van cynische speculatie: het bedrijf was wel niet verlieslatend, maar de aandeelhouders trokken hun geld terug voor een mogelijk lucratievere investering. Voor de speculanten is zo'n sluiting een anonieme gok, voor de mensen die er werken een persoonlijk drama.

3.2.4. *Nood aan zingeving*

Mensen willen ook nuttig en verdienstelijk werk verrichten. Een typische klacht van werklozen is dan ook dat zij zich nutteloos voelen en overbodig. Die behoefte aan nuttig en zinvol werk bestaat op twee niveaus: op het macroniveau is er de nood aan een zinvolle bijdrage van de eigen organisatie, en op het microniveau de nood aan een zinvolle eigen bijdrage door het werk dat men zelf presteert.

"Op macroniveau is er de vraag naar het nut en de kwaliteit van de geproduceerde goederen en van de verleende diensten."

Op macroniveau is er de vraag naar het nut en de kwaliteit van de geproduceerde goederen en van de verleende diensten. Een positief imago en een goede service zijn in het belang van alle werknemers, want zij garanderen de leefbaarheid en rentabiliteit. Werknemers kunnen daar verantwoordelijkheid voor opnemen door te participeren in inspraakorganen als de ondernemingsraad. Een actuele, zij het wat delicate, illustratie van die nood aan zingeving op macroniveau biedt de ontreddering en de frustratie van het personeel van de gerechtelijke diensten in ons land. De massale kritiek in de media naar aanleiding van enkele dramatische en lange tijd onopgehelderde rechtszaken heeft immers het imago aangetast van een instelling die traditioneel een reputatie geniet van onkreukbaarheid.

"Op microniveau hebben mensen er nood aan een zinvolle bijdrage te leveren tot het eindproduct."

Op microniveau hebben mensen er nood aan een zinvolle bijdrage te leveren tot het eindproduct. Het is weinig motiverend als men geen inzicht heeft in het waarom van wat men doet, en nog minder als men het gevoel heeft dat het weinig verschil uitmaakt of men zich al dan niet inspant. Dat is trouwens de belangrijkste kritiek op het systeem van volledige werkgelegenheid naar marxistisch model: iedereen heeft er werk, maar velen doen zinloos of overbodig werk. Deregulering, in de zin van de afschaffing van nodeloos ingewikkelde administratieve procedures, draagt aldus bij tot de eliminatie van zinloos werk. In grote organisaties is de kans op overbodig en dus zinloos werk groter dan in kleine. In die grote organisaties verdwijnt de werknemer op de lagere hiërarchische niveaus immers gemakkelijker in de anonimiteit. Aanpassingen van opdrachten en taken verlopen er stroever, want centralistischer. En zo gebeurt het wel eens dat in grote mastodontinstellingen mensen taken blijven verrichten die vroeger zin hadden, maar nu niet meer. Die kritiek geldt om gelijkaardige redenen doorgaans meer voor de publieke dan voor de privésector. In kleine, horizontaal gestructureerde organisaties daarentegen voelt de werknemer zich directer betrokken bij de doelstelling, planning en uitvoering van projecten. Hij kan gemakkelijker initiatieven nemen tot bijsturing, voelt zich meer verantwoordelijk en op die wijze een bron van zingeving.

Inzake werkgelegenheid is het paradoxaal dat de verhoging van de efficiëntie, en dus ook van de zin van het werk, dikwijls samengaat met een vermindering van de werkgelegenheid. In tijden van tekort aan werk wordt wie werk vindt dus nog eens extra beloond door een verhoging van de kwaliteit van dat werk. Die bewering moet echter genuanceerd worden, want de inkrimping van het personeelsbestand gebeurt ook dikwijls uit winstbejag: door de personeelskosten te verlagen vergroot de winst. Die maatregel leidt tot ongunstige werkomstandigheden: het werkritme wordt opgedreven en de mensen worden verplicht tot overuren. Het werk wordt dan niet zinvoller, maar ongenietbaar en ongezond. In dergelijke gevallen wordt efficiëntie dikwijls ten onrechte als drogreden gebruikt.

3.3. Besluit: offers ten gunste van volledige werkgelegenheid of andere oplossingen?

Herverdeling van betaalde arbeid, valoriseren van niet-betaalde arbeid

Ik meen dat dit overzicht van de behoeften waar betaalde arbeid aan voldoet, een sterk pleidooi is ten gunste van verplichte volledige werkgelegenheid. Anderzijds lijkt dit streefdoel, gezien de omvang van de werkloosheid en het onomkeerbare proces van automatisering dat steeds meer banen verloren doet gaan, onrealistisch, want niet haalbaar.

Een eerste uitweg uit dit dilemma zijn maatregelen van herverdeling van betaalde arbeid: minder werk, gespreid over meer mensen. Een tweede uitweg betreft het valoriseren van de verschillende vormen van niet-betaalde arbeid, vooral dan de gezinszorg, het vrijwilligerswerk en vrijetijdsactiviteiten. Om zicht te krijgen op de psychologische fundering, de mogelijkheden en de beperkingen van het niet-betaalde werk als substituut voor betaald werk moet worden nagegaan in welke mate de drie vormen van niet-betaalde activiteit beantwoorden aan de noden die nu vervuld worden door betaalde arbeid. Voor die denkoefening is er hier onvoldoende ruimte. Het is wel een geschikte opgave voor zelfstudie. De volgende figuur kan daarbij dienen als de opgave voor zelfstudie. De plus- en mintekens die ik daar zelf bij invulde, zijn alleen exemplarisch bedoeld.

LATENTE EN MANIFESTE NODEN	VRIJWILLIGERS-WERK	HUISHOUDELIJK WERK	VRIJETIJDS-ACTIVITEITEN
Inkomen	–	+/–	–
Arbeidsomstandigheden	+	+/–	++
Zelfrealisatie	++	+/–	++
Vriendschap	+	–	++
Waardering	+	+/–	+/–
Zingeving	++	+	– –

Fig. 5: hypothesen over de mate waarin vormen van niet-betaalde arbeid voldoen aan manifeste en latente noden

4. De invloed van karakteristieken van het werk op de psychische gezondheid

Peter Warr biedt een uitstekend overzicht van onderzoek naar de invloed van karakteristieken van betaalde arbeid en van werkloosheid op de psychische gezondheid. Hij publiceerde een synthese hiervan in zijn boek *Work, unemployment and mental health* (Warr, 1987). Enkele van zijn conclusies heb ik reeds vermeld bij de bespreking van de noden waaraan werk voldoet. Ik beperk mij verder tot een toelichting bij de componenten van psychisch welzijn die in het werk van Warr gebruikt worden. Vervolgens beschrijf ik het algemeen model dat hij ontwikkelde om de samenhang in beeld te brengen tussen kwaliteiten van werk en geestelijke gezondheid. Hij betitelt dit als het vitaminemodel.

Het verband tussen werk en psychisch welzijn: vijf componenten

4.1. Componenten van psychische gezondheid

In het onderzoek naar het verband tussen karakteristieken van werk en psychisch welzijn wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende componenten. Voor de studie van iedere component hebben verschillende onderzoekers een reeks instrumenten geconstrueerd. Dit zijn doorgaans persoonlijkheidsvragenlijsten die mondeling of schriftelijk worden afgenomen. Zonder verder aandacht te besteden aan de technische aspecten ga ik nader in op de inhoudelijke relevantie van die componenten.

Warr onderscheidt vijf componenten, waarvan wij alleen de eerste vier zullen bespreken. De vijfde component werd immers relatief weinig bestudeerd en blijkt ook moeilijk operationaliseerbaar. Dit zijn de vijf: (1) het zich (on)gelukkig voelen (*affective well-being*), (2) competentie (*competence*), (3) autonomie (*autonomy*), (4) ambitie (*aspiration*), (5) het functioneren als geïntegreerd geheel (*integrated functioning*) (Warr, 1987, 25-26).

De eerste component is de meest algemene. Het betreft de registratie van het zich goed of slecht voelen in het algemeen. De vraag is dan in welke mate de werksituatie (of het gebrek aan werk) het affectief welbevinden beïnvloedt. Voelt de werknemer zich eerder gelukkig dan wel ongelukkig, eerder ontspannen dan wel gespannen en angstig, opgewekt en vol energie dan wel gedeprimeerd of uitgeput?

De drie volgende componenten beïnvloeden niet alleen het algemene gevoel van affectief (on)welbevinden, maar er is ook een wisselwerking tussen de drie. Vanwege die wisselwerking is het verhelderend de drie te behandelen als een geheel. Dit geheel kan dan het best omschreven worden als het zelfwaardegevoel, of het beeld dat men van zichzelf heeft.

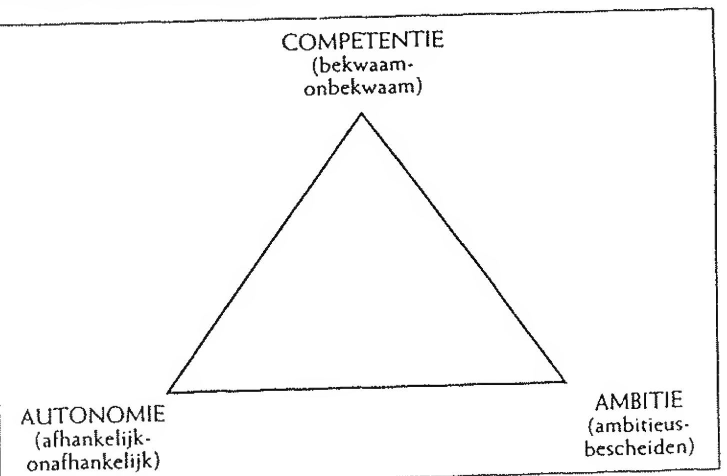


Fig. 6: componenten van het zelfwaardegevoel

De wederzijdse beïnvloeding van die componenten en het effect op het zelfwaardegevoel illustreren wij voor routinearbeid en creatief werk. Uiteindelijk blijkt routinearbeid niet bevorderlijk voor een positief zelfbeeld. De arbeider beschikt nauwelijks over autonomie. Hij moet het ritme van de machine volgen en nauwgezet de instructies van zijn chef opvolgen. Zijn werk biedt bovendien nauwelijks ruimte voor persoonlijke ambitie. De arbeider kan zich wellicht wel ruimte voor persoonlijke ambitie. De arbeider kan zich wellicht wel tot doel stellen zijn werkritme op te drijven, maar de tijdopnemer laat daar niet veel ruimte voor. Die heeft het minimum aantal hande-

"Uiteindelijk blijkt routinearbeid niet bevorderlijk voor een positief zelfbeeld."

"De invloed van de werksituatie op het zelfwaardegevoel van een hooggekwalificeerde werknemer is veel complexer."

lingen per minuut al op een hoog niveau ingesteld. Zijn routinetaak geeft hem evenmin een gevoel van competentie, want er is nauwelijks enige kennis of inzicht vereist voor het soort werk dat hij doet. Wat zijn algemeen affectief welbevinden betreft: hij voelt zich angstig gespannen, omdat hij het gevoel heeft dat hij het huidige werkritme niet zal kunnen handhaven. Misschien wordt hij dan wel vervangen door een jongere. Hij heeft geen hoge dunk van zichzelf als arbeider en ziet uit naar het weekend en op langere termijn naar zijn vervroegd pensioen. Hij is immers handig, en dat komt goed van pas omdat hij helpt bij de verbouwingswerken in het huis van zijn kind.

Een illustratie van de invloed van de werksituatie op het zelfwaardegevoel van een hooggekwalificeerde werknemer is veel complexer. Een personeelschef, een universitair gediplomeerd arbeidspsycholoog, is verantwoordelijk voor de organisatie van het werk van zijn dienst en beschikt daarbij over heel wat autonomie. Hij kan zijn taak ambitieus opvatten – zijn dienst herstructureren en nieuwe managementmethoden invoeren – of hij kan het bescheiden houden: de bestaande toestand zoveel mogelijk handhaven en ervoor zorgen dat er geen vergissingen worden begaan. Hij kan zich een expert voelen in zijn functie – als arbeidspsycholoog is hij daar perfect voor opgeleid – of hij kan het gevoel hebben in gebreke te blijven omdat hij weinig afweet van sociale wetgeving, bij gebrek aan een juridische scholing. Zijn initiatieven krijgen aanmoediging en kritiek van zijn collega's en superieuren. Hij is des te gevoeliger voor die kritiek naarmate hij ambitieuzer is, en hij zal zich des te afhankelijker opstellen naarmate hij meer twijfelt aan zijn eigen deskundigheid.

4.2. Het vitaminemodel: een schematische voorstelling van het verband tussen werkkarakteristieken en psychische gezondheid

Analogie tusen de werking van vitamines en de kenmerken van werk

Uit een overzicht van psychologisch onderzoek blijkt dat het psychisch welzijn van de meeste arbeidende mensen op een behoorlijk niveau ligt: de mensen scheppen doorgaans genoegen in hun werk. Die gemoedstoestand van matige arbeidstevredenheid blijkt bovendien eerder stabiel te zijn, ook onder wisselende omstandigheden. Alleen ingrijpende veranderingen in positieve of negatieve zin wijzigen het niveau van welzijn. Die wisselwerking tussen werk en psychisch welzijn vergelijkt Warr met de wisselwerking tussen vitamines en het functioneren van het lichaam. De meeste mensen beschikken over een voldoende dosis van de verschillende types van vitamines voor de activering van de fysiologische functies. Schommelingen in de hoeveelheid of dosis hebben geen merkbare invloed op het lichamelijk functioneren. Alleen bij een acuut gebrek aan bepaalde vitamines treedt een ernstige storing op. De analogie tussen de werking van vitamines en de invloed van kenmerken van werk wordt ook doorgetrokken voor de overdosis. Van sommige vitamines hebben zeer hoge dosissen geen effect, terwijl een overdosis van andere vitamines wel een schadelijk effect heeft.

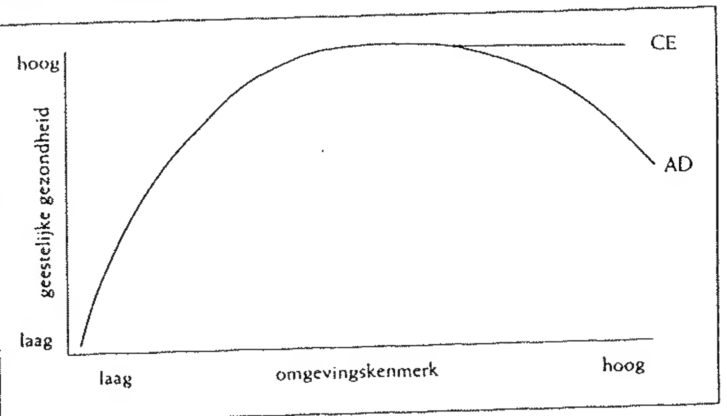


Fig. 7: schematische voorstelling van twee types van veronderstelde verbanden tussen omgevingskenmerken en geestelijke gezondheid. ('CE' is constant effect. 'AD' additional decrement) (Warr, 1987, Fig. 1.1, p. 10)

Dat is ook het geval voor werkkenmerken. Van de negen die Warr relevant acht voor psychisch welzijn, zijn er drie van het type 'constant effect' (CE) en zes van het type 'additional decrement' (AD): schadelijk bij overdosis. Tot het eerste type rekent hij: inkomen, fysiek en psychisch comfort (de twee manifeste functies) en waardering (de derde latente functie). Dat betekent dat mensen nooit te veel kunnen verdienen, te veel comfort kunnen hebben of te veel waardering kunnen krijgen. Het betekent ook dat, wanneer mensen tevreden zijn over hun loon, over het comfort bij het werk en over de waardering voor hun inzet, verdere verbeteringen hun welzijnsniveau nog nauwelijks zullen verhogen.

De meeste werkkenmerken zullen daarentegen bij overdosering het psychisch welzijn schaden. Dat geldt bijvoorbeeld voor sociaal contact. Wie vele sociale relaties moet verzorgen, moet voortdurend klaarstaan voor allerhande diensten en dat gebeurt meestal ten koste van essentiële taken. Men kan ook te veel macht toegewezen krijgen, zodat de grote verantwoordelijkheid ervaren wordt als

"De meeste werkkenmerken zullen bij overdosering het psychisch welzijn schaden."

een last, met continu gevoelens van spanning en angst.

De snelle toename van welzijn bij de verhoging van lage dosissen maakt duidelijk dat een lichte verbetering van de taakinhoud en van de arbeidsomstandigheden reeds een belangrijke verhoging teweegbrengt in de psychische gezondheid. Zeer overtuigend in dat opzicht is longitudinaal onderzoek over de invloed van werkloosheid en werkgelegenheid bij schoolverlatende jongeren. Het psychisch welzijn – geluksgevoel en zelfwaardegevoel – daalt snel en significant bij schoolverlaters die geen werk vinden en bereikt bij wie wat later toch werk vindt, opnieuw het niveau van vóór het afstuderen (De Witte, 1993, 26-28).

5. Besluit

Ik geef er mij rekenschap van dat mijn uiteenzetting geen oplossingen geboden heeft voor het probleem van het tekort aan werk en evenmin voor het gebrek aan voldoende zinvol werk. De ethische en de psychologische benadering van de arbeid is immers maar één, en dan nog een zwakke, stem in het kapittel. Andere stemmen klinken veel zwaarder door. Zo is er de stem van de economische benadering met het recitatief van competitiviteit en rentabiliteit.

Er is de stem van de technologie, met de verlokking van steeds maar weer nieuwe technologische revoluties die de aard van onze samenleving ingrijpend veranderen: van de *information society* verglijden wij binnenkort in de *virtual society*. En dan is er vooral de stem van de politici, die de prioriteiten bepalen. Die prioriteiten verschuiven nu duidelijk naar het kapitaal, weg van de arbeid. Europa is vooral marktgericht en aan het sociale Europa wordt vooral lippendienst bewezen.

"In het licht van ethische overwegingen en van psychologische vaststellingen moet prioriteit worden gegeven aan het creëren van voorwaarden voor een menswaardig bestaan. Wat arbeid betreft, betekent dit dat zoveel mogelijk mensen in de actieve fase van hun leven beroepsarbeid moeten kunnen verrichten."

In het licht van ethische overwegingen en van psychologische vaststellingen moet prioriteit worden gegeven aan het creëren van voorwaarden voor een menswaardig bestaan. Wat arbeid betreft, betekent dit dat zoveel mogelijk mensen in de actieve fase van hun leven beroepsarbeid moeten kunnen verrichten. Daar zijn vele formules voor: een variëteit van vormen van deeltijds werk, educatieve vakantie, loopbaanonderbreking en zo meer. Daar moet ruimte voor gemaakt worden door werktijdverkorting: kortere dagen en weken, meer vakantie. De bedoeling daarvan is niet in de eerste plaats mensen op non-actief te zetten, maar wel ruimte te creëren om anderen te laten meewerken.

De andere weg is de valorisering van de niet-beroepsarbeid. Dat geldt dan vooral voor huishoudelijk werk, vrijwilligerswerk, klusjeswerk. Dat alles zou gevaloriseerd moeten kunnen worden buiten het circuit van het zwart werk. Dat zwart werk is eigenlijk een vorm van diefstal. De plantrekkers en de durvers pakken hiermee het werk af van de onhandigen en de bangeriken.

Een groot probleem: hoe kan men valoriseren zonder te betalen? Betaling is immers niet alleen een vergoeding voor de geleverde inspanning, maar ook een erkenning van het maatschappelijk belang van de geleverde prestatie. En waarom wordt huishoudelijk werk dan niet betaald? Onze samenleving kan het uiteraard niet opbrengen alle werk financieel te vergoeden, en de mensen vragen dat ook niet. Wat zij wel verwachten, is dat al het maatschappelijk waardevolle werk beloond, erkend en gevaloriseerd wordt. Dat is dan weer, althans gedeeltelijk, een psychologische opgave om verder over na te denken, in de hoop dat dit ertoe bijdraagt dat er dan ook wat aan gedaan wordt.

VERSLAG NAMIDDAGDISCUSSIE

Elke discussieronde vertrok vanuit onderstaande vooraf - zeer concreet - geformuleerde stellingen.
In dit gedeelte vindt u een weergave van deze discussies. In het volgende hoofdstuk vindt u de conclusies en aanbevelingen.

STELLING 1 :
VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN MEDICATIE (GEBRUIK EN/OF MISBRUIK) IS ZEER BELANGRIJK. DE BEDRIJFSARTS SPEELT HIERBIJ EEN CRUCIALE ROL.

STELLING 2 :
JE KAN NIETS EFFECTIEF DOEN AAN HET GENEESMIDDELENGEBRUIK (-MISBRUIK), ZONDER AAN DE KLACHTEN TE WERKEN. DUS MOETEN WE EERDER ZOEKEN NAAR PROGRAMMA'S ROND STRESS, SLAAPPROBLEMEN, PIJN, ENZ.

gespreksleiders :
Roos De Venter, CGG Oostende
Selm Nelissen, Altox Antwerpen

verslaggeving :
Marjet Vanderstraeten, CAD Limburg vzw
Stefan Blancke, Altox Antwerpen

STELLING 1 :
VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN MEDICATIE (GEBRUIK EN/OF MISBRUIK) IS ZEER BELANGRIJK. DE BEDRIJFSARTS SPEELT HIERBIJ EEN CRUCIALE ROL.

a. de complexiteit van detectie

• afbakening van bevoegdheden

Twee niet noodzakelijk tegengestelde meningen komen hier naar voor :

Enerzijds stelt men dat, om een vroegtijdige opsporing te waarborgen, het belangrijk is dat de ganse bedrijfspopulatie hierbij een rol speelt. Het is zeker niet louter een zaak voor de bedrijfsarts, die immers in bepaalde bedrijven slechts één tot enkele malen per jaar met de werknemers in contact komt. De rol van bijvoorbeeld de directe chef of leidinggevende is minstens even belangrijk.

Anderzijds vindt men dat het juist inschatten van het gebruik van medicatie niet zo eenvoudig is. Daarvoor is enige deskundigheid in deze materie vereist die een leidinggevende normaal ontbeert. De bedrijfsarts is voor de opsporing van medicatiegebruik en/of -misbruik dan ook het best geplaatst.
Wat het gebruik en/of misbruik van alcohol betreft, ligt het misschien enigszins anders, omdat een mogelijke probleemsituatie over het algemeen meer herkenbaar is.

In het verlengde hiervan stelt men dat de bevoegdheden nog meer dienen afgebakend te worden. De leidinggevende moet alleen het minder goed functioneren van een werknemer detecteren. Het is dan verder aan de bedrijfsarts om na te gaan of er eventueel misbruik van alcohol en/of medicatie in het spel is. Dat laatste maakt geen deel uit van de taak van de leidinggevende.

Als conclusie stelt men dat detectie een "multidisciplinair" karakter heeft : vroegtijdige opsporing komt alleen tot stand wanneer er een vorm van samenwerking, wisselwerking is tussen de verschillende diensten in het bedrijf. De ene keer zal daarin de bedrijfsarts het grootste aandeel hebben, de andere keer misschien de leidinggevende. Maar uiteindelijk is het een multidisciplinair proces waaraan iedereen een bijdrage levert.
De rol van de arbeidsgeneesheer is er vooral één van zoeken naar een oplossing, niet zozeer van detecteren.
Belangrijk blijft dat het functioneren van de werknemer het uitgangspunt blijft : werknemers dienen aangesproken te worden op hun eventueel dysfunctioneren, niet op het gebruik van een of ander product.

• bescherming van de privacy

Men kan zich de vraag stellen of het recht op privacy bij de detectie van het medicatiegebruik niet geschonden wordt.
Het is immers mogelijk dat bijvoorbeeld door een routineonderzoek gebruik van medicatie opgespoord wordt zonder dat de betrokkene slecht functioneert.

De deelnemers erkennen dat er soms een probleem bestaat bij het afgrenzen van dat recht op privacy. Daarom wijst men erop dat detectie niet op zich staat, maar dat het belangrijk is dat men achterhaalt wat de juiste reden is van het medicatiegebruik, alsook wat dat gebruik kan betekenen voor de functie die de werknemer in het bedrijf uitoefent. Zo kan het gebruik van psychotrope medicatie op zich verantwoord zijn - bijvoorbeeld bij kenmerken van een depressieve stemmingsstoornis - maar kan dat een probleem vormen als de werknemer een veiligheidsfunctie bekleedt, zodat aangepast werk eventueel aangewezen is.

Verder voegt men eraan toe dat het uitgangspunt voor een screeningsprocedure nooit repressief mag zijn. Het moet voor iedereen duidelijk zijn dat het vaststellen van gebruik en/of misbruik van medicatie, alcohol of andere drugs niet automatisch tot een sanctie leidt.

voorbeeld Ford Werke
Het uitgangspunt bij het vaststellen van een probleemsituatie is steeds een streven naar het behoud van de functie van de werknemer. Een regelmatige opvolging van de betrokkene gedurende minstens een aantal maanden is hierbij een logische voorwaarde.
In verband met het beschermen van de privacy, heeft bij Ford Genk de werknemer het recht om de uitgestippelde procedure te weigeren. Ook dan volgt er niet automatisch een sanctie, maar het spreekt voor zich dat de werknemer voor deze beslissing en de eventuele gevolgen dan zelf de volle verantwoordelijkheid draagt.

• de nood aan middelen en regelgeving

Kleine en middelgrote ondernemingen beschikken meestal niet over de nodige ***middelen*** en mensen om screeningsprocedures, laat staan uitgebreide beleids-campagnes door te voeren. Dit heeft voor gevolg dat er in die ondernemingen vaak weinig rond preventie gebeurt en slechts stappen gezet worden wanneer een probleemsituatie zich voordoet.
Daarbij is de huisarts vaak de centrale figuur als contactpersoon naar de hulpverlening, eerder dan de bedrijfsarts die in kleinere ondernemingen niet zo nauw bij het bedrijf en zijn werknemers betrokken is als in grote ondernemingen.

Het uitstippelen van een ernstig preventiebeleid vereist aanzienlijke financiële middelen. Men verwijst onder meer naar de Verenigde Staten waar aan het uitvaardigen van veiligheidsmaatregelen en opsporingsprocedures grootschalige studies voorafgaan. Het belang en nut van die studies ligt erin dat men op een gefundeerde wijze de doelstellingen kan bepalen van waaruit men wil vertrekken hetgeen een essentiële voorwaarde is voor een goed veiligheids- en/of preventiebeleid. Alleen zijn de voor preventie beschikbare budgetten in België in de meeste bedrijven ontoereikend om een dergelijk beleid te realiseren.

Het probleem stelt zich evenwel nog fundamenteler.
In België bestaat immers geen enkele vanuit de overheid opgelegde regel of wetgeving waarbinnen een werkgever zijn veiligheidsbeleid kan of moet kaderen, tenzij de Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk. Iedere bedrijfsleiding is zelf verantwoordelijk voor de bepaling, uitwerking en financiering van haar eigen beleid.
Het is dan ook niet verwonderlijk dat financiële argumenten hierbij vaak doorslaggevend zijn.
Dat regulering door de overheid vooral voor kleine en middelgrote ondernemingen noodzakelijk is, wordt hier nog eens benadrukt. In grotere bedrijven is veiligheid en preventie immers veel meer in het algemeen beleid gekaderd. De bedrijfsarts heeft er een meer omschreven taak en heeft een veel rechtstreekser en nauwer contact met de werknemers, wat eveneens de bescherming van de privacy ten goede komt.

b. de mogelijkheden en beperkingen van preventieve screeningsprocedures : Ford Genk als praktijkvoorbeeld.

Het betreft een testing van werknemers die een veiligheidsfunctie bekleden of daarvoor in aanmerking komen.
De kostprijs bedraagt 250,- tot 400,- bfr. per test per werknemer.
De test laat toe een onderscheid te maken tussen de verschillende producten : cannabis, alcohol, amfetamines, opiaten, benzodiazepines, enz...
Wanneer geconstateerd wordt dat de werknemer een bepaald middel gebruikt, wordt ook steeds gepeild naar de frequentie en hoeveelheid van het gebruik.
Het onderzoek, door de arbeidsgeneesheer uitgevoerd, is nooit invasief. Een urineonderzoek, bijvoorbeeld, wordt niet routinematig uitgevoerd. Dat gebeurt slechts op indicatie en steeds in samenspraak met de werknemer die uitdrukkelijk zijn toestemming moet verlenen.

Tot op heden was iedereen bij wie deze test afgenomen werd goed op te hoogte van de doelstelling en de aard van deze test en ging iedereen ermee akkoord.

Als de eerste test positief blijkt, volgt er steeds een oriëntatiegesprek.
De eerstvolgende drie maanden wordt het behoud van de functie vooropgesteld, mits maandelijks een nieuwe controle gebeurt. Indien een tweede test nog positief blijkt, wordt de termijn van drie maanden nog eens verlengd. De bedrijfsarts benadrukt het belang van deze verlenging en initieel het behoud van de functie in het algemeen. Detectie op zich betekent immers niet dat er überhaupt een verslavingsprobleem is en àls er een probleem is, zegt het nog niets over de aard en de omvang ervan. Daarom is het belangrijk dat de werknemer de nodige tijd en ruimte gegeven wordt om voor zijn eventuele problemen een oplossing te zoeken.
Wanneer hij als bedrijfsarts bijvoorbeeld plots geconfronteerd wordt met een probleem van medicatie- of alcoholmisbruik en/of -verslaving van een werknemer, geeft hij de betrokkene in principe vijf jaar om tot een oplossing te komen, op voorwaarde weliswaar dat er voordien al geen functioneringsproblemen waren.

Men stelt dat de opsporingsprocedures betreffende de veiligheidsfuncties ook voor de kleine en middelgrote ondernemingen geen grote moeilijkheden opleveren. Het ligt wél moeilijk wanneer het gaat om werknemers die geen veiligheidsfunctie uitoefenen.
Men vindt trouwens dat het onmogelijk is en ook niet zinvol alles te willen screenen. Er moeten geen problemen gezocht worden die er niet zijn. Detectie dient dan in de eerste plaats te gebeuren door de medecollega's en de leidinggevenden wanneer er zich functioneringsproblemen voordoen.

Men geeft toe dat het zeer moeilijk is om bij preventieve screeningsmethodes af te bakenen wanneer er precies een probleem is en wanneer men inbreuk pleegt op het recht op privacy en wanneer niet.

" In de praktijk is een probleem inderdaad meestal al duidelijk gesteld op het moment van een positieve test. Een perfect sluitende screening op bijvoorbeeld illegale drugs bestaat er trouwens niet en er is bovendien geen juridische basis om iedereen te laten screenen.
Toch is precies daarom een belangrijke taak weggelegd voor de preventiewerkers. Preventie probeert immers de problemen een stap voor te zijn. Zo is bijvoorbeeld het verschaffen van de juiste informatie door de preventiewerker van essentieel belang."
Als voorbeeld beschrijft men de taak van de arts om mensen goed in te lichten over het gebruik van benzodiazepines (kalmeermiddelen-angstremmers als Clozan, Loramet, Rohypnol, Tranxene, Temesta, Valium, Xanax...). Ondanks het zeer courante gebruik van deze middelen kennen mensen vaak de risico's en gevaren niet of weten niet dat ze verslavend zijn.

Los van de juridische of praktische moeilijkheden stelt men dat een screeningsprocedure, wanneer die gebruikt wordt als preventief middel of als middel tot sensibilisering, voor iedere werknemer zinvol kan zijn. Anderzijds bestaat steeds het risico dat er misbruik van gemaakt wordt met het oog op sanctionering.
Men staat niet negatief tegenover een algemene preventieve screening in een bedrijf, maar dan moet de directie volledig achter de preventieve doelstelling ervan staan en preventie aldus als een volwaardig onderdeel in het globaal beleid opnemen.
Ook hierin ligt een belangrijke taak voor de preventiewerker : medicatie, alcohol en andere drugs op het werk zijn nog steeds een delicaat onderwerp en het is in de eerste plaats aan de preventiewerker om de bedrijfsleiding warm te maken voor een debat rond deze thematiek en voor een preventiebeleid te ijveren.

STELLING 2 :

JE KAN NIETS EFFECTIEF DOEN AAN HET GENEESMIDDELENGEBRUIK (-MISBRUIK), ZONDER AAN DE KLACHTEN TE WERKEN. DUS MOETEN WE EERDER ZOEKEN NAAR PROGRAMMA'S ROND STRESS, SLAAPPROBLEMEN, PIJN, ENZ...

a. positie en rol van het bedrijf inzake preventie – afbakening van de doelstellingen

Proberen een inzicht te krijgen in de globale situatie van de gebruiker is voor de meeste deelnemers noodzakelijk. Onder andere het peilen naar de oorzaak van de klachten of functioneringsproblemen is daarbij essentieel : ligt de oorzaak in de werksituatie zelf of is er een andere oorzaak die op het werk zijn weerslag heeft ?

Men ondervindt dat het toch niet evident is om vanuit de werksituatie impact te krijgen op de klachten (rond stress, slaapstoornissen, pijn enz...) van de werknemers. Men verwijst in dit verband naar bijvoorbeeld sommige tewerkstellingsplannen van de overheid waarbij mensen met bepaalde problemen in een werkkader geplaatst worden zonder dat er regels rond functionering of productiviteit afgesproken worden. Velen onder hen vertonen ernstige functioneringsproblemen zonder dat er kan ingegrepen worden. Het gaat er alleen om dat die mensen een job gegeven wordt. Dat ze daarin ook functioneren of presteren, is van ondergeschikt belang.

Men betwijfelt of het bedrijf zelf probleemoplosssend moet gaan werken. Er bestaat immers een ruim aanbod aan hulpverlenende centra en organisaties die daartoe beter geplaatst zijn. Het bedrijf moet in de eerste plaats streven naar een adequate en efficiënte doorverwijzing naar de professionele hulpverlening buiten het bedrijf waar dan de uiteindelijke oplossing van het probleem moet liggen.

Het is in ieder geval belangrijk dat een bedrijf in haar doelstellingen het terrein goed afbakent : " Wat wil een bedrijf doen rond preventie, wat voorziet het aan opvang en wie wil men doorverwijzen ? " Een bedrijf kan onmogelijk al die aspecten en in even grote mate op zich gaan nemen en moet hierin een keuze maken.
Uiteindelijk moet men ook niet onder stoelen of banken steken dat winst maken voor een bedrijf nog steeds de prioriteit is. Bijgevolg is het niet onbelangrijk erop te wijzen dat ook vanuit economisch oogpunt gezien een bedrijf baat heeft bij een goede opvang en doorverwijzing van haar werknemers in moeilijkheden.
Een werknemer die aan zijn problemen kan werken en ernaar streeft de kwaliteit van zijn gezondheid te verbeteren, zal op termijn immers ook op het werk beter functioneren.

Er wordt opgemerkt dat een regelmatige opvolging van de werknemer door de medisch-sociale dienst van het bedrijf nà een eventuele doorverwijzing wel nuttig is.

b. samenwerkingsprogramma's tussen bedrijven en professionele hulpverlening – opnieuw de vraag naar regelgeving.

Men dringt erop aan samenwerkingsprogramma's op te starten tussen de bedrijven enerzijds en de centra voor professionele hulpverlening anderzijds. Dit zou vooral zinvol zijn voor de kleine en middelgrote ondernemingen omwille van hun eerder aangehaalde beperkingen.
Concreet rond de verslavingsproblematiek denkt men aan samenwerkingsprogramma's die erop gericht zijn de werknemer vanuit de hulpverlening zodanig te ondersteunen dat een escalatie van de problemen en een opname vermeden wordt, zodat ondanks zijn verslavingsprobleem de betrokkene zijn werk nog kan uitoefenen.

Men benadrukt dat die programma's toch steeds via de bedrijfsleiding tot stand zullen moeten komen en daarom realistisch opgevat moeten zijn en dicht bij de situatie van de werknemers moeten aanleunen.
Men gaat er vanuit dat men hoe dan ook niet buiten de bedrijfsleiding om kan, maar dat dit niet betekent dat de directies niet op hun verantwoordelijkheden mogen gewezen worden. Men pleit er bijgevolg voor dat de overheid duidelijke beleidslijnen oplegt zodat het bestaan van een preventiebeleid in een bedrijf en de manier waarop dat ingevuld wordt niet louter meer afhangt van de bereidwilligheid van de bedrijfsleiding.
Een dergelijk beleidskader kan en moet echter nog steeds voldoende ruimte laten aan de bedrijven om dat verder concreet in te vullen.

In dit verband hoopt de vergadering dat de komende nieuwe wet rond welzijn[1] enige verandering zal brengen en er richtlijnen komen die nieuwe perspectieven bieden voor preventieprogramma's rond de themata medicatie- en/of drugggebruik, stress, slaapproblemen, enz...

c. bestaande taboes over de verslavingproblematiek.

Er hangt nog steeds een taboesfeer rond psychosociale problematieken (zoals verslavingsproblemen, slaapstoornissen, stress, angststoornissen). Dit is mede oorzaak waarom er op het gebied van preventie nog steeds weinig initiatieven genomen worden.

[1]De ***Wet betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk*** (Wet van 4 augustus 1996, Belgisch Staatsblad van 18 september 1996) wijzigt het Comité VGV in 'Comité voor Preventie en Bescherming op het werk'. Een Interne Dienst voor Preventie en Bescherming op het werk vervangt de dienst VGV en er zullen naast deze Interne Diensten ook Externe Diensten voor Preventie en Bescherming opgericht worden die geacht zijn die taken uit te voeren waarvoor de Interne Dienst niet over de nodige bevoegdheden beschikt. Deze nieuwe bepalingen betreffende de preventie- en beschermingsdiensten zullen pas op 1 oktober 1997 in werking treden.

Waarom die themata moeilijk bespreekbaar zijn, ligt voor de hand : het gaat om heel persoonlijke zaken, meestal gevoelige kwesties en iedereen wordt er in zijn naaste omgeving wel eens mee geconfronteerd.

"Het feit dat die problemen zich in de persoonlijke sfeer situeren, bij iedereen zo verschillend van aard zijn en een individueel bepaalde aanpak eisen, is voor een bedrijfsleiding vaak een argument dat men vanuit hun kant niets kan ondernemen. Een bedrijf vindt dat zij met die problemen op zich uiteindelijk niets te maken heeft en dat de werknemer daarvoor bij zijn arts te rade moet gaan."

Dat men bij gezondheidsvoorlichting en preventie bijvoorbeeld steeds een onderscheid maakt tussen de verslavingsproblematiek en andere gezondheidsthema's duidt ook op het bestaande taboe. "Je merkt dat onderscheid trouwens niet alleen in de campagnes in bedrijven; het is een algemeen voorkomend gegeven, zelfs in de (vak)literatuur."

Preventiewerkers merken ook vaak op dat wanneer mensen met een verslavingsprobleem geconfronteerd worden, de connotatie die men aan de term verslaving geeft afhankelijk is van het middel : als men met illegale drugs te maken heeft, spreekt men onmiddellijk van een verslavingsprobleem, medicatieafhankelijkheid wil men meestal verantwoorden door te wijzen op een onderliggende aandoening (vb. depressieve stemmingsstoornis) waarop secundair de verslaving is ontstaan en een alcoholverslaving beschouwt men frequent als een probleem op zich.

CONCLUSIES

1. Het *functioneren* van de werknemer blijft (net zoals bij alcohol- en andere drugproblemen) het uitgangspunt van interventie. De leidinggevende heeft een belangrijke supervisierol.

2. Het *preventieve* karakter van een beleid is zeer belangrijk. Dit werd duidelijk onderstreept. Sanctionering mag niet het uitgangspunt zijn.

3. De *bedrijfsarts* speelt een cruciale rol binnen een *multidisciplinaire benadering*.

4. Het al dan niet introduceren van preventiecampagnes inzake middelengebruik (alcohol en andere drugs) is *afhankelijk van bedrijf tot bedrijf*. Het vergt aanzienlijke financiële inspanningen en vooral de bedrijfsleiding is van het nut ervan niet altijd overtuigd; bedrijven die gezondheidsprogramma's aan hun werknemers kunnen aanbieden zijn nog steeds in de minderheid.

5. Programma's over rugklachten, hart- en vaatziekten, roken, vinden relatief gemakkelijk ingang in het bedrijf. Medicatiemisbruik wordt nog altijd te individueel bekeken en als een zaak van de arts beschouwd . Een *exclusief medicatiebeleid is vrijwel onbestaande*.

6. Interventies zijn vaak *probleemoplossend* en weinig preventief.

7. Er is een *gebrek aan* (duidelijke) *wettelijke* bepalingen.

8. *Screening*

   - Screening kan zinvol zijn vanuit preventief oogpunt : het is immers belangrijk om reeds op te treden bij gebruik. Dan kan men werknemers informatie geven en waarschuwen.
   - Screening is belangrijk bij veiligheidsfuncties.
   - Een sluitend systeem opzetten voor screening kost veel geld. De vraag werd gesteld of men deze middelen niet beter aan preventieactiviteiten spendeert.

9. *Kleine en Middelgrote Ondernemingen*

   - Kleine en Middelgrote Ondernemingen worden geconfronteerd met de onmogelijkheid van een multidisciplinaire aanpak.
   - De kosten voor screening zijn er te hoog.
   - De rol van de leidinggevende is in deze bedrijven nog groter.
   - De artsen van Interbedrijfsgeneeskundige Diensten kunnen enkel bij periodiek onderzoek eventueel misbruik "vaststellen".

AANBEVELINGEN

1. DE NOODZAAK AAN SENSIBILISERINGSCAMPAGNES VOOR HET GROTE PUBLIEK EN EEN KRITISCHE BENADERING VAN DE ROL VAN DE VOORSCHRIJVERS, MET NAME DE ARTSEN.
   VAD HEEFT DAARBIJ EEN SIGNAALFUNCTIE NAAR DE OVERHEID.

2. HET INTRODUCEREN VAN BEDRIJFSCAMPAGNES MET AANGEPAST VOORLICHTINGSMATERIAAL.
   KLEINE EN MIDDELGROTE ONDERNEMINGEN HEBBEN NOOD AAN EEN SPECIFIEKE BENADERING.
   DE VAD-SECTOR ARBEID KAN HIER EEN ROL SPELEN.

3. ONDERZOEK NAAR PREVALENTIE, RISICOGROEPEN ONDER DE BEROEPSBEVOLKING MET BETREKKING TOT HET GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN.

BIJLAGE 1 :
lijst deelnemers VAD-forum medicatie - 25 maart 1997 Strombeek-Bever

Marianne BILLIET, VGV-sociale dienst STAD Kortrijk
Stefan BLANCKE, student geneeskunde K.U.L.
Martine COUVREUR, preventiewerker C.G.G. Leuven
Bert CURVERS, bedrijfsarts IDEWE
Mia DE BOCK, stafmedewerker VAD Brussel
Hendrik DEGRYSE, diensthoofd veiligheid I.V.B.O. Brugge
Martine DE SMET, bedrijfsarts CMBT Antwerpen
Roos DE VENTER, preventiewerker C.G.G. Oostende
Hans DE WITTE, hoofd sector arbeid HIVA Leuven
Betty FONTEYN, maatschappelijk werker Ministerie Economische Zaken
Kristien FOSTIER, maatschappelijk werker Ministerie Economische Zaken
Lieve JORDENS, maatschappelijk assistente CAD Limburg
Robert KAERTS, stafmedewerker vzw TOK Brussel
Marie-Claire LAMBRECHTS, stafmedewerker VAD Brussel
Selm NELISSEN, preventiewerker Altox Antwerpen
Christine PLETS, verpleegkundige Ministerie Vlaamse Gemeenschap
Ann SCHOCKAERT, bedrijfsarts IKMO
Kris SOENEN, stafmedewerker FARMACA Ledeberg
Christiane SOUFFRIAU, verpleegkundige Ministerie Economische Zaken
Hugo TEERLINCK, bedrijfsarts Ford Werke AG Genk
Marjet VANDERSTRAETEN, preventiewerker CAD Limburg
Albert VOET, directeur Provinciaal Veiligheidsinstituut Antwerpen

BIJLAGE 2 :
programma VAD-forum medicatie - 25 maart 1997 Strombeek-Bever

• 09u30 - 10u00	Onthaal
• 10u00 - 10u15	Situering van het Forum binnen de werking van de VAD-sector arbeid *Mevr. M.C. LAMBRECHTS* *coördinator VAD-sector arbeid*
• 10u15 - 12u15	4 introducties gevolgd door vraagstelling . *1. ACHTERGRONDEN BIJ HET GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN* *Mevr. K. SOENEN* *stafmedewerker - Project Farmaka Ledeberg* *2. GENEESMIDDELEN IN RELATIE TOT HET GEBRUIK* *Dr. B. CURVERS* *bedrijfsarts - IDEWE* *3. HOE KOMT HET 'PROBLEEM' TER SPRAKE IN HET BEDRIJF ?* Een praktijkvoorbeeld *Dr. H. TEERLINCK* *bedrijfsarts - Ford Werke AG* *4. DE BETEKENIS VAN ARBEID IN ONZE SAMENLEVING* *Dr. H. DE WITTE* *hoofd sector arbeid - HIVA Leuven*
• 12u15 - 13u30	Lunchpauze
• 13u30 - 15u00	Discussieronde
• 15u00	Afsluiting